FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

THÈSE

N° 1178

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

RAKOTO, Louis-Martin

né le 2 Février 1935 à ANTSIRABE (Madagascar)

Ancien Interne de l'Hôpital de CLAMECY

Présentée et soutenue publiquement le : 1962

"A PROPOS D'UNE GANGRENE ULCERO-NECROTIQUE, GENERALISEE A TOUT UN MEMBRE SUPERIEUR"

Président : Mr. A. DOMART, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE · PARIS-V^{e}

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

RAKOTO, Louis-Martin

né le 2 Février 1935 à ANTSIRABE (Madagascar)

Ancien Interne de l'Hôpital de CLAMECY

Présentée et soutenue publiquement le :

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

"A PROPOS D'UNE GANGRENE ULCERO-NECROTIQUE, GENERALISEE A TOUT UN MEMBRE SUPERIEUR"

Président : Mr. A. DOMART, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE · PARIS-V^e

1-2-1962

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Builiard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN . . . . . **Léon BINET.**
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR . . . . . **Jean VERNE**
2e ASSESSEUR . . . . . **Gaston CORDIER**

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.) / SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIÈVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.) / BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.) / DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

		MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Pitié	CORDIER (G.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)		CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Boucicaut	LENÈGRE (J.)
	Broussais	SOULIÉ (P.)
	Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Lariboisière	SÈZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)		DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)		GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)		DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)		GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque	LACOMME (M.)
	Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)		VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)		AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)		LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)		MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)		BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)		MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)		COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)		ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)		LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique		GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique		PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale		DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales		POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)		COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)		TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	GABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) BUSSER (F.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DEROBERT (L.), pr. s. ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DEJOURS (P.) DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch. GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA(M.) m.conf.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)

	MM.
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A. QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMFLINE (A.), pr. s. ch. VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)

	MM.
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. – CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur . . . . . Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma femme,

Avec toute ma tendresse.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549211_0002

A mes parents,

M. RAMARITINA ANDRIANONY et RAMATOA RAFARA RAOLINJANAHARY,

Avec toute ma reconnaissance,

A Monsieur et Madame A. MIGNON

Avec mes pensées affectueuses.

A mon frère J. RASOLOFO RAMARITINA,

A mes Maîtres à la Faculté,

Avec toute ma gratitude.

A M. OTMAR MEYER

Proviseur du Lycée de TANANARIVE à Madagascar,

Avec mon meilleur souvenir.

AVANT - PROPOS :

J'exprime mes vifs et sincères remerciements :

- au Dr B. Halpern, Professeur au Collège de France, pour ses précieux conseils,

- et au Dr L. Guibert de l'Institut Pasteur de Paris, service des Allergènes, qui a bien voulu donner des Allergènes et des précisions bibliographiques fort utiles.

INTRODUCTION :

Ce travail est une contribution à l'étude de l'Anaphylaxie :

a) - du diagnostic,
b) - du traitement,
c) - du pronostic,

D'une affection d'origine allergique ("dermite de sensibilisation au "Rosier") surinfectée ("Surinfection aux Staphylocoques").

DONNEES CLINIQUES :

Le Samedi 2 Juillet I960, vers I9 heures, un homme de 39 ans, ouvrier agricole de Druyes-les Belles-Fontaines (Yonne), père de cinq enfants dont l'aîné a IO ans, le plus jeune I8 mois, est admis d'urgence dans le service : il présente une gangrène généralisée au membre supérieur gauche.

Sur la face externe du bras, sur la face antérieure de l'avant-bras, au coude notamment, siègent de larges plaques sphacéliques, suppurées : écoulement d'un liquide nauséabond, purulent, mêlé de sang. Le reste des téguments qui semble non sphacélé, est rouge, érythémateux,infiltré d'un oedème ne gardant pas le godet : la face interne du bras, la partie moyenne de l'avant-bras, présentent des plaques rouges, oedémateuses. Bref, le membre est pris par le processus gangréneux, du poignet au creux axillaire, s'étendant à la partie moyenne de la région deltoïdienne. L'investigation clinique sur tout le reste du corps montre que le processus est strictement localisé au membre supérieur.

L'examen des téguments ne montre ni impétigo, ni affection cutanéo-muqueuse en évolution.

ETAT GENERAL.

Autant que le membre, l'état général réclame une thérapeutique d'urgence : sueurs profuses, fièvre à 39°5, pouls filant, faciès pâle, marqué par la douleur, globes oculaires atones : Monsieur X. est dans un état grave. Aussi, l'examen physique est-il ramené, pour le moment, à l'essentiel ; l'interrogatoire est fait à son entourage.

INTERROGATOIRE DE L'ENTOURAGE :

Il permet de savoir que Monsieur X. est fébrile, depuis quelques jours : malaises suivis d'insomnie, chaque jour plus prononcés. Par ailleurs, douleurs locales de plus en plus vives, alors que les téguments, d'abord erythémateux, s'infiltrent d'oedème, prennent une teinte rouge violacé, puis laissent sourdre un liquide d'abord assez clair, mais qui, très rapidement devient purulent ; tandis que les parties nécrosées s'éliminent, il se forme une zône "en bourrelet", entre la partie nécrosée et les téguments en bordure, rouges et infiltrés d'oedème. Monsieur X. a toujours joui d'un bon état de santé. Jusque là, il consulte son médecin surtout pour ses enfants. Son état général s'est altéré en quelques jours.

ANTECEDENT : une pleurésie non tuberculeuse, à l'âge de 9 ans, guérie sans séquelles.

ENFANTS : état de santé satisfaisant. Guy, l'aîné, a IO ans, Robert, le second 8 ans, le troisième, Maurice, a été opéré d'une hernie inguinale ; quant aux deux derniers âgés respectivement de 4 ans et de I8 mois, ils grandissent régulièrement.

FEMME : bonne paysanne, à la santé robuste, n'éprouvant le besoin de consulter son médecin de famille que pour les rhino-pharyngites un peu tenaces et l'examen prénatal.

A part cette pleurésie non spécifique, vers l'âge de 9 ans, ni diabète, ni cardiopathie n'est à signaler. L'examen clinique à l'admission ne révèle aucun signe d'artérite. Aucun traumatisme ayant pu dilacérer le membre n'est retrouvé, par ailleurs la radiographie ne montre aucune lésion osseuse.

L'interrogatoire retrouve une seule notion : "celle de piqûres de rosier", survenues le samedi 25 Juin I960, vers IOheures du matin : en se rendant à son travail, par les sentiers coutumiers, Monsieur X. se fait piquer à la partie moyenne du bras gauche et de l'avant-bras. Banalité pour lui, car ce n'est guère la première fois que ces rosiers le griffent. Monsieur X. n'y pense guère longtemps. Il passe un samedi semblable aux autres, suivi d'un

dimanche identique aux précédents. Le lundi matin, 27 Juin I960, Monsieur X. a un réveil pénible : il perçoit une certaine tension douloureuse au niveau du bras gauche et de l'avant-bras. Il décide néanmoins, de se rendre comme d'habitude au travail, mais se voit obligé de rentrer chez lui, en proie à des malaises généraux, le membre perclus de douleurs : il fait chercher son médecin. Ce dernier remarque une plaque érythémateuse à la face externe du bras et à l'avant-bras gauches. La palpation des aires ganglionnaires lui permet de découvrir des ganglions axillaires volumineux, douloureux, du type inflammatoire. Il note une pyrexie à 38° et prescrit repos au lit, antipyrétique et analgésique, antiseptiques locaux. Il demande à son patient de le tenir au courant de l'évolution de son état, après 72 heures de ce traitement.

Et depuis, malaises et pyrexie vont en s'aggravant. L'état général, jusque là peu touché, commence à s'altérer. Le membre devient chaque jour plus impotent, plus douloureux, tandis que les plaques érythémateuses s'étendent, se vésiculent, se sphacèlent et qu'au liquide phlycténulaire, fait place du pus ; alors, des plaques noirâtres sphacéliques s'éliminent, bordées d'un bourrelet, démarcation entre le tissu nécrotique et les téguments adjacents rouges, infiltrés d'un oedème ne gardant pas le godet, démarcation aux limites sans cesse remaniées, au fur et à mesure que le processus évolue.

Lorsque le médecin revoit Monsieur X., tout s'est aggravé : forte pyrexie (39°5-40°), tout le membre est pris : il est le siège d'une violente réaction inflammatoire, diffuse. Par endroits, se trouvent de longues plaques noirâtres. Il décide le transfert d'urgence en milieu hospitalier.

Ainsi, le samedi 2 Juillet I960, vers I9 heures, le membre supérieur gauche est tuméfié en bloc, violacé ; par endroits suinte un liquide mêlé de pus et de sang.

Seule, la notion de piqûres de rosier s'est dégagée de l'interrogatoire : piqûres suivies d'une petite réaction érythémato-oedémateuse. N'eût été l'état dramatique du membre, avec un état général compromis à un point qui met en cause le pronostic vital, ces banales égratignures de rosier seraient bien vite tombées dans l'oubli. Mais quel écart entre une piqûre de rosier et cette gangrène généralisée à tout un membre...

EXAMEN CLINIQUE :

En raison de l'état de Monsieur X. , seuls sont effectués, dans l'immédiat, les examens indispensables.

EXAMEN DES TEGUMENTS :

La pâleur est frappante : la muqueuse conjonctivale est pâle ; les extrêmités sont froides. L'exploration minutieuse de tout le corps ne trouve ni furoncle, ni anthrax, ni pyodermite : aucun stigmate d'affection cutanéo-muqueuse n'est retrouvé. Pas de purpura, pas d'éruptions pustulo-ecchymotiques, pas de troubles trophiques cutanés. En bref, la gangrène du membre supérieur à part, aucune affection cutanéo-muqueuse.

APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE

-Coeur : le volume et la configuration anatomique évalués par la percussion et précisés par l'exploration radiologique sont normaux. L'auscultation cardiaque met en évidence : -une tachycardie régulière, du type sinusal; -un souffle fonctionnel qui disparaîtra, une fois rétabli l'équilibre hydrique de l'économie. Des signes d'érethisme cardiaque sont notés. Quant à l'exploration radiologique, elle montre un coeur de configuration et de silhouette normales. L'image des gros vaisseaux branchés sur la pompe cardiaque est étudiée : la bonne expansion systolique de la crossée aortique, l'absence d'anomalie morphologique, lèvent les dernières inquiètudes de ce côté. Ainsi, l'examen du coeur met en évidence :

a)une tachycardie régulière du type sinusal,

b)une silhouette cardiaque normale.

- Systèmes Vasculaires :

a) Système artériel : le pouls tâté dans la gouttière radiale, sous l'arcade crurale, au creux poplité, dans la gouttière rétro-malléolaire interne, au dos du pied sur le trajet de l'artère pédieuse, est bien perçu : aucun caractère particulier, aucune anomalie. Le sphygmo-oscillomètre de Pachon appliqué, tour à tour à différents niveaux des membres inférieurs et au membre supérieur, ne montre aucun signe d'obstruction de tronc artériel. Les épreuves cliniques fines de Vaquez Mickulicz, ne montrent ni pâleur d'élévation, ni erythrose de déclivité. L'appareil de Vaquez appliqué au membre supérieur droit donne comme chiffre de pression artérielle : I4/8. L'interrogatoire a bien mis en évidence le fait que Monsieur X. n'a jamais présenté d'épisodes d'hypertension artérielle et que ces chiffres sont un reflet fidèle de sa pression artérielle. Par ailleurs, ni impression de mouches volantes, ni bourdonnement d'oreilles, ni sensation de doigts morts : Tous autant de "petits signes" dont nous connaissons la valeur sémiologique depuis l'enseignement de Dieulafoy. Par ailleurs, pas de douleurs dans la masses musculaires des jambes, ni au repos, ni à l'effort. En bref, Monsieur X. est indemne de toute affection artérielle pouvant déterminer une ischémie des membres.

b)Système veineux : pas de signe d'insuffisance de la circulation de retour ; pas de varices.

-Système lympho-ganglionnaire :

A part les zônes adjacentes aux tissus nécrotiques du membre supérieur gauche, zônes où quelques petites traînées lymphangitiques sous tégumentaires sont observées, rien de particulier n'est à signaler. L'exploration des aires ganglionnaires superficielles : ganglions axillaire, sus épitrochléen, rétro-crural...; la palpation du couloir vasculaire jugulo-carotidien, et l'image radiographique du médiastin n'ont révélé aucune adénopathie. Par ailleurs, ni hépatomégalie, ni splénomégalie.

Sur le plan hématologique, à part l'anémie attesté par la pâleur des téguments et des muqueuses, aucun symptôme d'affection du système

hématopoiètique n'est constaté, notamment, pas de prurit, pas de douleurs osseuses, pas d'arthralgies.

Le bilan de l'examen de l'appareil cardio-vasculaire comporte, en définitive :

1°/ absence de cardiopathie emboligène, aucun signe de lésion cardiaque ;

2°/ aucun signe d'artérite, d'hypertension artérielle ;

3°/ aucun symptôme d'insuffisance veineuse.

Aucun signe d'affection thrombo-embolique.

Quant au système lympho-ganglionnaire, il ne présente rien à signaler : la volumineuse adénopathie axillaire gauche, douloureuse, du type inflammatoire, constatée par le médecin dans les 48 premières heures, au début des malaises, n'est plus retrouvée.

EXAMEN DU SYSTEME OSTEO-ARTICULAIRE :

L'exploration radio-clinique du système ostéo-articulaire n'apporte aucun renseignement supplémentaire : aucune ostéopathie.

L'examen radiologique du membre supérieur gauche, siège du processus, montre une architecture osseuse normale, indemne de toute lésion.

APPAREIL EXCRETEUR :

-Rein : la recherche de l'albuminurie est négative.

Le laboratoire va préciser : pas de cylindrurie, pas de corps biréfringents urinaires. Rappelons, en passant, que la réaction de Legal, la réaction de Gerhardt sont négatives. Quant à la réaction de Fehling, elle est aussi négative. Par ailleurs, le reste de l'appareil excréteur ne présente rien à signaler : pas de cystalgie, pas d'urétrite.

Quant aux organes génitaux , ils n'ont jamais attiré l'attention sur eux : ni épididymite, ni bursite.

En conclusion, appareil génito-urinaire en bon état.

APPAREIL PLEURO-PULMONAIRE :

L'interrogatoire a permis de relever une pleurésie à l'âge de 9 ans, pleurésie non tuberculeuse qui aurait nécessité 6 mois de repos. Quoi qu'il en soit, après cet épisode de pleurésie, les vérifications radio-cliniques ont permis de constater que tout est rentré dans l'ordre, sans laisser de séquelles. Depuis, il a grandi normalement : la surveillance de son état général, les clichés radiographiques effectués, ont dissipé toute inquiétude vis-à-vis du bacille de Koch.

a) Examen physique :

Sur un fond de prostration, existe une dyspnée : nous nous souvenons qu'aucune odeur acétonique n'est répandue par son haleine et que les réactions de Legal, de Gerhardt effectuées dans l'immédiat, ont éliminé une acido-cétose éventuelle. Point n'est constatée l'arythmie respiratoire périodique, bien connue depuis Cheyne-Stokes. Quant à l'absence de la dyspnée "sine-materia" de Küssmaul, elle n'est guère pour nous surprendre. Ainsi, il s'agit d'une dyspnée à type de polypnée, sans aucune anarchie, sans caractère particulier. Les différentes zones du thorax sont examinées ainsi que "les mouvements abdominaux" : gril costal et plastron sterno-costal, couloir sus-manubrial et losange prétrachéal, ailes sus et sous-claviculaires. La percussion ne révèle ni skodisme ni matité. Pas même l'auscultation, à nous laissée depuis 1816 par Laënnec, alors que les différentes zones du thorax sont écoutées, n'a révélé quelque signe pleuro-pulmonaire : chaque zone est écoutée, comparée à son homologue du côté opposé, notamment : le creux axillaire, la base. Pas même la toux n'a réveillé quelque signe resté quiescent. Aucun souffle n'est perçu : ni tubaire, ni tubo-pleural, ni ampharique, ni cavitaire. Pas même le doux souffle lointain, voilé, aspiratif, le doux souffle pleurétique. Aucun râle : ni ronchus, ni sibilances, ni râles crépitants, ni râles sous-crépitants. Pour conclure, l'auscultation de la voix a été effectuée, d'une voix affaiblie : pas d'égophonie, pas de pectoriloquie : depuis Laënnec, la preuve n'est plus à fournir de la valeur sémiologique de ce signe. Pour lui, d'ailleurs, l'association "pectoriloquie, souffle cavitaire et gargouillements" constitue la triade caractéristique des cavernes pulmonaires.

L'appareil respiratoire n'est atteint d'aucune affection pouvant en altérer le fonctionnement ; quant à la pleurésie survenue à 9 ans, elle est complètement éteinte. Nul doute à présent que la radiologie ne vienne corroborer ces résultats, déjà fort bien assis au nom de la seule clinique.

b) Exploration radiologique :

Dans le tome III du traité de "Pathologie médicale" I960, p. 65, Israël-Asselain (R) dit :"l'examen radiologique de l'appareil respiratoire est de ceux qui, sans faire appel à des techniques exceptionnelles, donnent les renseignements les plus précis."

Et René Israël-Asselain de constater non sans étonnement:"bien que le poumon se prête particulièrement à l'étude radiologique, il faut arriver aux travaux de Beclère et de Barjon, en I96I, pour voir les cliniciens s'intéresser à ce procédé de diagnostic."Une longue période de battement s'est en effet écoulée entre I895, année où Karl Roentgen découvrit les rayons X, et l'année I9I6 où Beclère et Barjon les mirent à profit pour le diagnostic des affections pleuro-pulmonaires.

Ainsi, successivement ont été faites

I°/ radioscopie et

2°/ radiographie de la cage thoracique avec son contenu.

-La radioscopie : une fois étudié le squelette thoracique notamment le gril costal, le plastron sterno-costal, sont étudiés les contours du coeur et des vaisseaux branchés sur lui. Puis est étudiée la silhouette de la cloison médiastinale séparant les deux poumons : aucune image suspecte, notamment aucune ombre d'adénopathie médiastinale. Le thorax est étudié sous différentes incidences, entre autres, l'incidence "oblique antérieure gauche". A propos de cette incidence O.A.G. Israël-Asselain s'exprime ainsi : "l'O.A.G, en radioscopie pulmonaire, a un interêt particulier, car elle seule permet d'apercevoir la zône rétro-cardiaque du poumon gauche". La cinétique diaphragmatique est correcte, la liberté des sinus pleuraux est constatée ; le parenchyme est de morphologie normale. En définitive, la radioscopie ne révèle aucune anomalie du squelette thoracique et de son contenu.

-La radiographie : "des clichés radiographiques restent nécessaires pour mettre en évidence des lésions très fines pouvant échapper à la radioscopie même minutieuse, et pour servir de document". Des clichés téléradiographiques sont pris, ampoule à 1,50 mètre, épaules en antépulsion, en position légèrement voûtée, membres supérieurs en rotation interne, avant-bras en pronation. Des films de 35 x 35 sont utilisés."Que les deux clavicules, que les culs de sac costo-diaphragmatiques soient bien en évidence".

Les clichés sont pris en apnée, thorax bloqué, en inspiration forte. Bref, la radiographie visualisant la morphologie des champs thoraco-pleuro-pulmonaires, ne montre aucune anomalie. L'image thoracique est strictement normale, notamment : a)- absence d'images miliaires,

b)- absence d'infiltrats,

c)- liberté complète des sinus pleuraux : aucune séquelle de pleurésie.

Quant à la silhouette cardio-médiastinale, elle est normale.

EXAMEN DU SYSTEME NERVEUX :

Rappelons que l'interrogatoire n'a retrouvé aucun traumatisme antécédent de chute, aucun traumatisme qui eût pu retentir sur le rachis. En outre, Monsieur X. a 39 ans, il n'a jamais présenté d'épisode d'hypertension artérielle, il est indemne de tare viscérale.

Aucun signe n'oriente l'examen neurologique : aucun signe de localisation, aucune manifestation susceptible de relever d'une affection nerveuse. Aussi, l'examen neurologique se devait-il de donner une idée sur la qualité du fonctionnement nerveux. Monsieur X. a toujours gardé sa conscience : par ailleurs aucun trouble métabolique (soit dans le secteur rénal, soit dans le métabolisme glucidique.)

a) Exploration de la sensibilité :

La petite piqûre d'épingle est nettement perçue, où qu'elle ait lieu sur la surface du corps. Quant à la discrimination entre le chaud et le froid, elle est faite aisément. L'évaluation de la sensibilité, effectuée à maintes reprises, au cours du séjour dans le service, permet de conclure :

1/ à l'absence d'anesthésie thermo-analgésique,

2/ à l'absence d'anesthésie tactile.

En effet, depuis Charcot, Brissaud, Morvan, nous savons que ce qu'avec Ollivier d'Angers, depuis 1827, il est convenu d'appeler "syringomyelie", nous savons que cette curieuse affection qui détermine "une altération cavitaire" de la moelle, (altération que le médecin d'Angers a comparée à la flûte des chantres de la Grèce ancienne) est caractérisée par la dissociation de la sensibilité avec anesthésie portant sur la sensibilité thermique et douloureuse mais avec intégrité de la sensibilité tactile. Et depuis les cas rapportés vers 1883 par Morvan,"le classique panaris analgésique, à tendance mutilante" est resté en mémoire. Lhermitte(F) dans la pathologie médicale 1960. Tome 1, nous dit :"la syringomyelie explique sans doute, avec la lèpre, la plupart des cas de ces panaris indolores et interminables auxquels s'attache le nom de Morvan..."

Depuis, nous savons que la syringomyelie est avec le tabès, la grande pourvoyeuse de troubles trophiques d'origine nerveuse ; les troubles cutanés sont assez variés : "la peau se dessèche, s'atrophie et devient mince, lisse, rouge et luisante (c'est la "glossy skin" de certains auteurs) ou au contraire, infiltrée d'un oedème dur et boudiné (réalisant "la main succulente"). Bien plus, Charcot et Brissaud ont vu "la main tout entière s'hypertrophier comme celle d'un acromégale", et même des éruptions bulleuses, des ulcérations, des pigmentations anormales ont été signalées. Ainsi donc, l'exploration objective de la sensibilité ne révèle aucun signe pouvant faire penser à cette curieuse affection. En somme, aucun trouble subjectif de la sensibilité, en particulier, pas de "paresthésie".

1/ l'exploration des sensibilités élémentaires témoigne de l'intégrité de la sensibilité superficielle, notamment thermique et douloureuse ; l'examen de la sensibilité profonde ne révélera aucune anomalie,

2/ pour ce qui est des sensibilités gnosiques : aucune confusion dans le sens des attitudes ; stéréognosie correcte.

En conclusion, aucun trouble de la sensibilité.

b) Exploration de la motricité :

Aucun signe de localisation, pas d'atrophie musculaire ; l'examen de la force musculaire ne révèle aucun déficit moteur : les différents segments du membre supérieur, du membre inférieur sont examinés. La force des différents groupes musculaires est évaluée : ainsi, aux membres inférieurs, (sur chaque membre isolément et par comparaison avec le côté opposé), sont étudiées flexion et extension :

- hanche, genou, cheville, orteils, gros orteil étudié isolément

Au membre supérieur droit, étude des mouvements :

- épaule, coude, poignet, main et doigts

Quant au membre supérieur gauche, vu son état, décision a été prise de ne pas explorer sa force musculaire. En bref, l'exploration des différents segments permet de conclure à l'absence de déficit moteur.

Notons qu'il n'y a pas de troubles sphinctériens, pas de troubles du langage, pas de troubles de la coordination des mouvements du membre supérieur droit : d'ailleurs, l'examen de la coordination des mouvements et de la marche, effectué ultérieurement, ne révèle ni ataxie, ni démarche particulière. L'application de la technique de recherche de l'ataxie, enseignée par Duchenne de Boulogne, par Babinski, par André Thomas, par Gordon Holmes, permet de conclure à l'absence du dysmétrie, l'absence d'asynergie, l'absence d'adiadococinésie.

Aucun signe d'ataxie ; le signe de Romberg est absent.

c) Etude des reflexes :

Sont examinés : 1/ les réflexes ostéo-tendineux,
2/ les réflexes cutanés et muqueux,
3/ quelques réflexes de défense.

a)Réflexes ostéo-tendineux :

1/ L'application de la technique d'examen de Babinski, permet de trouver : des réflexes achilléens normaux, des réflexes patellaires normaux. Aussi, la recherche de certains réflexes ostéo-tendineux nécessitant une position particulière du sujet examiné n'a-t-elle pas été effectuée.

Ainsi, le réflexe médio-plantaire qui, selon le procédé de Guillain et Barré, est à rechercher sur un sujet en procubitus n'a pas été analysé.

2/ Réflexe médio-pubien.

L'enseignement de Guillain et Alajouanine nous a appris à étudier ce réflexe sur un sujet en décubitus dorsal, jambes écartées et légèrement fléchies. Dans ces conditions, la percussion de la symphyse pubienne au marteau de Babinski, nous a permis d'observer la double réponse physiologique à savoir: contraction des adducteurs des cuisses et contraction des muscles abdominaux antérieurs.

3/Réflexe latéral de Pierre-Marie.

L'absence d'adduction de la cuisse alors que le tendon rotulien du côté opposé, est percuté, cette absence ne nous a guère surpris : "ce réflexe n'est observé que dans le cas d'hyperréflectivité."

Pour ce qui est du réflexe cuboïdien, (à la recherche du phénomène de Mendel-Betcherew), et du réflexe tibio-fémoral postérieur de Guillain et Barré, leur recherche ne nous a pas semblé indispensable.

Autres réflexes ostéo-tendineux : à la face, seuls les réflexes naso-palpébral de Guillain et massétérin ont été étudiés : ils ne présentent aucune anomalie. Quant aux réflexes ostéo-tendineux du cou et du thorax, comme le réflexe du sterno-mastoïdien, le réflexe de l'omoplate, s'ils n'ont point été recherchés, c'est à dessein.

b)Etude des réflexes cutanés et muqueux :

1/ réflexes cutanés :

Après une étude des réflexes cutanés abdominaux et crémastériens trouvés normaux, la recherche du signe de Babinski est effectuée : la preuve de l'importance de l'étude du réflexe cutané plantaire n'est plus à fournir quant à la valeur sémiologique du signe de Babinski, elle a été une fois pour toutes établie. Ainsi, pour éviter toute cause d'erreur, la technique fondamendale enseignée par Babinski, est-elle préférée aux multiples variantes auxquelles s'attachent les noms de Schaeffer, Gordon, Oppenheim et Chaddock :
"la recherche effectuée a permis de conclure à l'absence du signe de Babinski."

Ainsi,"les téguments du pied réchauffés, jambe en demi-flexion sur la cuisse, excités avec douceur du talon vers la pointe, sur la face plantaire, près du bord externe, la flexion physiologique des orteils est constatée.

2/ réflexes muqueux :

a) réflexe du voile : l'attouchement du voile du palais a déterminé une contraction bilatérale et symétrique provoquant l'élévation du voile et le retrait de la luette en haut et en arrière : nous savons que ce réflexe dépend du pneumogastrique.

b) réflexe pharyngé ou réflexe nauséeux, qui est sous la double dépendance des IXe et Xe paires crâniennes ; il est normal.

En conclusion, l'exploration des réflexes ostéo-tendineux, des réflexes cutanéo-muqueux n'a révélé aucune anomalie. Et si la recherche des réflexes de défense a été effectuée, c'est vraiment par acquit de conscience.

c) Recherche des réflexes de défense :

ont été recherchés aux membres inférieurs :

a) le phénomène des raccourcisseurs ou phénomène du "triple retrait" ;

b) le phénomène des allongeurs,

c) le réflexe d'allongement croisé :

mais cette recherche est restée vaine. "Nous savons d'ailleurs que ces réflexes de défense n'apparaissent que dans des conditions pathologiques, comme le signe de Babinski : comme lui, ils signent une lésion du faisceau pyramidal et s'observent notamment au cours des paraplégies par compression de la moelle".

L'examen neurologique permet de conclure à l'absence d'affection du système nerveux.

En définitive,

a) de l'exploration systématique des aires ganglionnaires : pas d'adénopathie, ni poplitée ni inguinale ni rétro-crurale membre supérieur droit : pas d'adénopathie ni sus-épitrochléenne, ni axillaire.

b) le membre malade : l'empâtement de la région axillaire, menacée par l'infiltration oedémateuse adjacente, rend la palpation délicate, toute mobilisation du membre exacerbant la douleur : néanmoins, la volumineuse adénopathie axillaire (glanglion douloureux, du type inflammatoire), découverte par le médecin, lors de son examen du lundi 27 Juin 1960, n'est plus retrouvée.

c) foie et rate : palpation transpariétale suivie de percussion des hypochondres trouve :

1/ une glande hépatique non ptosée, de volume normal ;

2/ une rate, de configuration anatomique normale, non augmentée de volume.

En conclusion, absence d'hépatomégalie, absence de splénomégalie.

Le bilan de cette exploration clinique comporte (la gangrène du membre mise à part) :

1°/ état de collapsus cardio-vasculaire avec effondrement tensionnel prononcé ;

2°/ déshydration dont l'hématocrite ultérieure va préciser les caractères ;

3°/ pyrexie à 39°5 -40°;

4°/ aucune tare cliniquement décelable, en particulier, ni diabète, ni lésion artéritique , ni albuminurie ;

5°/ aucune affection thrombo-embolique, en particulier pas de cardiopathie, pas d'hémopathie ;

6°/ bref, état des téguments satisfaisant : pas de pyodermite(pas de folliculite, pas de furoncle, pas d'anthrax,), bref aucune affection cutanéo-muqueuse.

7°/ quant à l'examen neurologique, il est négatif : aucun symptôme de lésion du système nerveux.

L'examen du fond d'oeil effectué ne montre aucune altération.

TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE ET QUESTION DE L'ANTIBIOTHERAPIE DE SECOURS :

Il est décidé de ramener au dimanche matin 3 Juillet 1960, les soins locaux du membre :

a - la douleur, l'état de choc ont fait surseoir à toute manipulation, non immédiatement indispensable ;

b - les différents prélèvements pour examens para-cliniques étant, par ailleurs prévus pour le lendemain de l'admission ; sont envisagés :

1 - Prélèvements de sang pour :

- hémogramme,
- dosage de glycémie,
- azotémie,
- prothrombinémie,
- hématocrite,
- vitesse de sédimentation globulaire.

2 - Hémoculture suivie éventuellement d'antibiogramme

3 - Prélèvements de lambeaux de peau nécrosée et de pus :

- examen cyto-bactériologique,
- culture éventuelle de germes, suivie d'antibiogramme.

En dépit de l'état septicémique probable, il est décidé de ne mettre en oeuvre l'antibiothérapie "de secours" que le lendemain, dimanche 3 Juillet 1960, une fois effectués les prélèvements en vue d'un diagnostic étiologique : en attendant les précisions apportées par les examens para-cliniques, sera alors mise en oeuvre une thérapeutique corrective.

Pour acquérir la certitude des résultats, à deux laboratoires différents, seront confiés les prélèvements, notamment pour l'hémoculture et l'examen cytobactériologique avec leur antibiogramme respectif : ainsi, en attendant les résultats des examens biologiques et hématologiques du laboratoire régional d'analyses de Clamecy, du laboratoire départemental d'analyses de Nevers, avons-nous un double objectif :

1 - Franchir le cap critique de ce collapsus cardio-vasculaire, avec état de choc et déshydratation intense ;

2 - Lutter contre la pyrexie aggravant les troubles déjà intenses et, tout en appliquant les soins locaux requis par l'état du membre, calmer de façon efficace la douleur.

THERAPEUTIQUE D'URGENCE

SPECTRE DE L'AMPUTATION

Après ce bilan clinique, est entrepris le traitement symptomatique :

1 - Analeptique cardio-vasculaire : la coramine est préférée, par voie parentérale ; d'emblée 2 ampoules de 5 ml. sont lentement injectées par voie sous-cutanée, l'effet en étant suivi sur les caractères du pouls qui se précisent, deviennent plus nets, mieux frappés. Ce choix est par ailleurs motivé par son action analeptique respiratoire. En cas d'insuffisance de l'effet de ce produit, appel serait fait à d'autres toni-cardiaques laissés à dessein en réserve. Quoiqu'il en soit, une ampoule supplémentaire de coramine vient confirmer les effets déjà bienheureux des deux premières.

Des chiffres tensionnels suffisants sont rétablis, tandis que pouls, rythme respiratoire reprennent leurs caractères normaux. Par acquit de conscience, le contenu d'une ampoule supplémentaire de coramine à 5 cc. est additionné au liquide de perfusion. Le pouls est pris d'heure en heure et la valeur reportée sur un graphique, pour en suivre l'évolution.

2 - Réhydratation :

En alternance va être perfusé sérum salé puis sérum glucosé jusqu'à ce que tout danger de collapsus soit totalement conjuré ; une ampoule de toni-cardiaque ajoutera son contenu au perfusat. Les perfusats seront ultérieurement adaptés aux besoins : déjà envisagée une transfusion isogroupe de sang total ; malgré l'envie de commencer immédiatement, cet apport supplémentaire d'hématies est différé de 24 heures. Il est à

effectuer dès que les différents prélèvements de sang auront été faits. Aux perfusions de sérums est donc dévolue la première étape de cette course salvatrice.

3 - Sérothérapie anti-tétanique :

L'ubiquité du bacille de Nicolaïer, les impressionnants spectacles que son évolution spontanée, chez un organisme non armé contre lui, ont pu offrir à nos regards, nous ont donné l'habitude d'utiliser le sérum anti-tétanique devant toute solution des téguments peu rassurante. La technique simplifiée de Besredka est alors appliquée : le choc sérique est, en effet, toujours à craindre.

Ainsi, le sérum anti-tétanique purifié de l'Institut Pasteur est utilisé. Le contenu d'une ampoule de 2 cc. est injecté, avec ses 3.000 unités, dose momentanément préférée aux 20.000 unités ; le bacille de Nicolaïer n'aurait-il pas vite fait de proliférer au milieu de ce bon milieu de culture, parmi les tissus nécrotiques et les polynucléaires altérés ?

4 - Antipyrétiques et analgésiques :

Les dérivés de l'acide acétyl-salicylique sont prescrits, au départ leur effet anti-thermique et analgésique motive ce choix. Par ailleurs, en cas d'insuffisance de leur action anti-algique notamment, il est toujours possible de recourir à des drogues plus puissantes : la morphine, en effet, n'est pas dénuée d'inconvénients, outre l'accoutumance menant en droite ligne à la toxicomanie, les biologistes et les pharmacologues ont mis l'accent sur son pouvoir dépresseur central. Certes, Monsieur X n'est pas asthmatique ; aucune crise dyspnéique asthmatiforme, n'a été relevée dans son passé, mais les opiacés ne seront utilisés qu'une fois les valeurs tensionnelles normales rétablies, avec un bon rythme cardiaque et une respiration normale : ils ne seront utilisés qu'en cas de nécessité absolue.

Est-il vraiment permis d'espérer une sédation totale de la douleur fortement attisée par cette angrène du membre ? La chute de la pyrexie, en ravivant la conscience, va, sans doute, augmenter l'intensité d'une douleur mieux perçue.

D'ores et déjà, nul doute qu'anti-algiques et des plus puissants seront à administrer, larga manu, en attendant la solution définitive du problème.

- Examen du membre :

L'examen du membre n'est pas pour augmenter les espérances déjà presque noyées : pus, tissus nécrotiques teintés de sang... Les masses musculaires sont mises à nu ; par endroits, persistent quelques lambeaux de téguments moins affectés, quoique déjà érythémateux et envahis par l'oedème. Il est à redouter que le processus ne prenne "en bloc", le membre supérieur gauche, de la main à l'épaule, et, peut-être, même au-delà.

Le spectre de l'amputation plane : pour être efficace, elle doit intervenir à temps. L'évolution du processus, les résultats des examens para-cliniques, le contexte dictera la conduite à tenir. Mais, d'ores et déjà, l'aspect du membre, l'évolution rapidement extensive et nécrosante du processus, semblent n'accorder que peu de temps de battement. L'allure critique du phénomène élève le septicisme, quant à son primum movens : ce phénomène dramatique serait-il le remous lointain de piqûres de rosier, banales piqûres, qui auraient pu passer inaperçues ?

En résumé : le samedi 2 Juillet 1960, un homme est admis dans le service : il présente une gangrène généralisée au membre supérieur gauche. L'interrogatoire retrouve une seule notion : la notion de piqûres de rosier, suivies d'une petite réaction érythémateuse (le samedi 25 Juin 1960, vers 10 heures du matin) : malaises et souffrance ont commencé le lundi 27 Juin 1960, dans la matinée. Depuis cette date, l'état du membre ne cesse de s'aggraver, tandis que l'état général s'altère chaque jour davantage.

Avant que soit établi le diagnostic étiologique, force est de recourir à un traitement symptomatique. Sont mis en action :

- analeptiques cardio-vasculaires,
- réhydratation,
- anti-pyrétiques et analgésiques.

Le spectre de l'amputation plane.

Le contexte clinique dictera la conduite à tenir.

Mais cette ablation ne serait à faire que la main forcée : cet ouvrier agricole, âgé de 39 ans, est père de cinq enfants dont l'aîné n'a que 10 ans.

D'ores et déjà, sont nettement entrevues les répercussions graves et inévitables de cette amputation sur ses moyens de subsistance.

NOTION DE PIQURES ANTERIEURES "RETROUVEE"

De l'interrogatoire, se dégage la notion de piqûres antérieures : sur les lieux du travail de cet ouvrier agricole poussent ces rosiers ; les multiples égratignures subies par lui, n'ont provoqué aucun phénomène particulier. Aussi attache-t-il peu d'importance aux égratignures du samedi 25 Juin 1960 ; leurs conséquences ont alors fortement étonné : malaises, érythème, oedème diffus, escarres et suppuration, adénopathie axillaire. Dès la 42ème - 44ème heure : malaises, douleurs, manifestations loco-régionales, pyrexie, adénopathie axillaire homologue ; puis, évolution rapide vers l'escarre et la suppuration ; et le processus gangréneux évolue sans rémission.
L'état général est compromis à un point tel qu'il semble qu'une amputation de "secours" soit à faire.

Mais, cette intervention, à elle seule, n'apporterait pas toute la solution du problème.

EXAMENS PARA-CLINIQUES

THERAPEUTIQUE D'ATTENTE

Dimanche matin, 3 Juillet 1960, différents prélèvements sont effectués et confiés aux laboratoires.

A - PRELEVEMENTS DE SANG POUR :

1 - Hémoculture et éventuellement antibiogramme,

2 - Hémogramme ;

3 - Glycémie ;

4 - Taux de prothrombinémie ;

5 - Vitesse de sédimentation globulaire

6 - Azotémie.

B - PRELEVEMENTS POUR EXAMEN CYTO-BACTERIOLOGIQUE :

1 - Examen cytologique,

2 - Recherche de germes et antibiogramme éventuel ;

C - PRELEVEMENTS D'URINES POUR :

1 - Examen cyto-bactériologique,

2 - Recherche de glycosurie,

3 - Recherche d'albuminurie.

TRAITEMENT DE LA DOULEUR :

Ce traitement se confond avec celui de la gangrène du membre supérieur. Le membre supérieur gauche est nettoyé soigneusement : les niches à pus et à microbes sont détruites avec précaution. Les produits antiseptiques qui ont fait leurs preuves, sont utilisés, larga manu.

Aux dérivés de l'acide acétyl-salicylique, la morphine et le dolosal viennent apporter leur appui dans cette lutte contre la douleur. Les masses musculaires sont mises à nu, rongées par le processus ; il existe un gros délabrement des tissus.

ANTIBIOTHERAPIE DE SECOURS :

L'état septicémique est probable. Nul doute, par ailleurs, que ce magmat de tissus nécrosés, gorgés de pus, striés de sang, n'héberge des germes se trouvant au mieux de ce parfait milieu de culture, bien retranchés parmi les anfractuosités des téguments adjacents. Quelle arme leur opposer de façon efficace ? Finalement, pénicilline, streptomycine et terramycine vont joindre leurs effets ; la voie parentérale est utilisée : au départ, 10 millions U.O. de pénicilline et 2 g. de streptomycine : (en raison de sa moindre toxicité pour l'appareil cochléo-vestibulaire, la forme pantothénique est choisie, pour la streptomycine) ; 2 g. de terramycine sont administrés par la voie veineuse.

Cette amorce est suivie de 2 millions U.O. de pénicilline, avec 1 g. de pantothénate de dihydrostreptomycine et 1 g. de terramycine par 24 heures, à ajouter au liquide de perfusion, pour maintenir un taux sanguin élevé.

La rééquilibration de la flore bactérienne que risque de perturber cette antibiothérapie, est faite sous forme de tétralactyl, le contenu de 2 ampoules étant pris avec un 1/2 verre d'eau sucrée, ce réensemencement étant effectué 4 fois par jour.

Mais quelles que soient les vertus de cette thérapeutique, la présence de ce membre débridé et sphacélique, dans sa quasi-totalité, sa présence ne risque-t-elle pas de rompre un équilibre fort instable ?

RESULTATS DES EXAMENS PARA-CLINIQUES :

I - HEMOCULTURE :

En dépit des précautions : (avant tout traitement anti-bactérien, à l'acmé de la pyrexie), l'hémoculture est négative ;

II - EXAMEN CYTOLOGIQUE ET BACTERIOLOGIQUE :

Effectué sur des prélèvements de tissus nécrosés et de pus, avant tout traitement antiseptique local, met en évidence de :

a - Nombreuses hématies,

b - Très nombreux polynucléaires.

- Le laboratoire a répondu : "présence de cocci à gram positif, du type staphylocoque".

- Culture : "présence de cocci à gram positif"

- Antibiogramme :

a - souche sensible à : streptomycine
chloramphénicol
spiramycine

b - à la limite : auréomycine
tétracycline
érythromycine

c - Souche résistante à : terramycine

pénicilline

novobiocine

oléandomycine.

HEMOGRAMME :

Numération : hématies par mm^3/3.980.000

Hémoglobine : 84 %

Valeur globulaire : 1.

Formule leucocytaire :

nombre de leucocytes par mm^3/18.400.

a - polynucléaires : 84 %

- polynucléaires neutrophiles : 73 %
- polynucléaires éosinophiles : 11 %
- polynucléaires basophiles : 0

b - Eléments mononucléés : 16 %

- petits lymphocytes : 9 %
- grands lymphocytes et moyens mononucléaires : 6 %
- monocytes : 1 %

pas d'éléments anormaux.

Plaquettes sanguines :

par mm^3 : 320.000.

En conclusion : 1 - anémie normochrome ;

2 - Hyperleucocytose à polynucléose neutrophile et éosinophile.

Quant au myélogramme, il est normal.

IV - METABOLISME GLUCIDIQUE

Déjà, le samedi 2 Juillet 1960, des signes d'acido-cétose métabolique ont été recherchés, mais en vain : sur l'urine a été pratiquée la réaction au perchlorure de fer de Gerhardt : l'urine prélevée dans un tube à essai n'a pas pris la teinte rouge foncé, couleur "porto", caractérisant la présence de l'acide acétyl-acétique. Quant à la "réaction de Legal", (déjà pratiquée le samedi 2 Juillet 1960), les X gouttes d'acide acétique cristallisable ont vite fait disparaître la "coloration vineuse" prise par l'urine en présence de quelques gouttes d'une solution de Nitroprussiate de sodium à 10 % et d'une solution de soude concentrée. Ainsi, dès le 2 Juillet 1960, ni acétone ni acide acétyl-acétique. La recherche de l'acide β-hydroxybutyrique, 3ème corps cétonique urinaire, n'a pas semblé nécessaire; déjà, sur une urine préalablement déféquée selon la méthode de Courtonne, la liqueur cupro-potassique de Fehling n'a pas décelé de sucres réducteurs. Déjà, le samedi 2 Juillet 1960, il est conclu à :

a - l'absence de corps cétonique urinaire,

b - l'absence de glycosurie ;

Quant à la glycémie, elle est de 0,92 g. par litre.

V - TAUX DE PROTHROMBINE :

Evalué à 98 % du taux témoin considéré comme normal.

VI - AZOTEMIE :

Elle est à 0,28 g. par litre. Quant à l'examen des urines, il permet de conclure à l'absence d'albuminurie, l'absence de corps biréfringents.

VII - VITESSE DE SEDIMENTATION GLOBULAIRE : (Méthode de Westergreen) :

1ère heure 65
2ème heure 99
3ème heure 105
4ème heure ..... 112.

Les investigations du laboratoire apportent donc, comme renseignements complémentaires :

1 - Hémoculture : "négative" ;

2 - Cocci à gram "positif" du type "staphylocoque", parmi les tissus nécrotiques et le pus ;

3 - Vitesse de sédimentation globulaire accélérée ;

4 - Sur le plan hématologique :

- anémie normochrome,
- hyperleucocytose avec polynucléose neutrophile et EOSINOPHILIE à 11 % ;
- le myélogramme est normal.

5 - Absence de glycosurie et glycémie à 0,9 g. par litre ;

6 - Pas de dyscrasie sanguine, notamment prothrombinémie à 98 % du taux "témoin" considéré comme normal.

7 - Azotémie : 0,28 g. par litre, pas d'albuminurie.

Notons pour mémoire que l'exploration radiologique du rachis cervical ne montre aucune lésion.
Quant à l'examen radiologique du membre supérieur gauche, (examen pratiqué par acquit de conscience), il a montré une architecture osseuse normale.

PROBLEME DIAGNOSTIQUE :

Au terme de l'examen clinique et des explorations para-cliniques,

1 - une notion se dégage : la notion de piqûres de rosiers antérieures ;

2 - Un fait est établi : l'existence de staphylocoques (germes à gram +, du genre staphylocoque) parmi les tissus nécrosés ;

3 - Mais l'hémoculture est négative.

Par ailleurs, rien à signaler, sinon le fait que Monsieur X. a toujours été en parfaite santé.

RECHERCHE PRELIMINAIRE DE POISON "DERMO-NECROSANT" :

Devant l'évolution rapidement extensive du processus, nous avons voulu éliminer l'existence éventuelle d'un poison cyto-toxique, dans ces rosiers : "un phénomène de cyto-nécrose massive faisant alors le lit d'une infection ou d'une surinfection à staphylocoques".

A partir des échantillons du "rosier", nous avons fait faire multiples préparations pour cuti-réactions et injections intra-dermiques : sur nous-mêmes d'abord, et sur d'autres volontaires, cuti-réactions avec injections intra-dermiques, en diverses régions du corps, ont été effectuées.

La conclusion qui s'impose est que le "rosier" qui, le 25 Juin 1960, a égratigné et piqué Monsieur X, "ne contient aucun principe particulier, toxique pour les tissus humains". En 1787, William Withering a dit : "à l'automne, les épines contiennent une forme de poison", mais ceci n'a pas été vérifié.

Bien plus, "depuis cette date, les analyses les plus minutieuse des botanistes ont démontré qu'il n'en était rien, et que les épines des arbustes courants dans nos régions, n'avaient rien de vénéneux..." Par ailleurs, la "Biologie Végétale" nous a appris que "l'épine n'est qu'une partie du tissu de recouvrement, qui s'est évaginée" : elle ne présente alors aucune signification biologique particulière.

Les médecins ont, cependant, constaté "de redoutables infections provoquées par des piqûres d'épines, apparemment inoffensives". Les plus dangereuses proviendraient du prunier sauvage ou "épine noire" qui abonde dans toutes les haies. Selon Buhr, "ces accidents relativement fréquents, tiendraient à la forme même de l'épine du prunier sauvage, extrêmement longue, fragile, dont les fragments ont tendance à rester incrustés dans les téguments". Selon Buhr, les complications n'étaient apparues qu'après 7 ou 8 jours..."

Or, ces épines sont souvent porteuses de germes issus de cadavres d'animaux en décomposition : "les pies, notamment, y accrochent le corps de leur proie..."
Ménégaux (G.) (T.I. Pathologie Chirurgicale 1957, p. 79) précise :

> "la pullulation microbienne est fréquente au niveau d'une plaie accidentelle : celle-ci peut être insignifiante (piqûre, excoriation minime...) et avoir passé inaperçue.

Ménégaux (G.) ajoute : "... infiniment plus grave est la gangrène progressive des téguments : elle est constituée par une plaque nécrotique, envahissant, peu à peu, les téguments voisins de la plaie, tandis que l'état général décline :
"trop souvent, l'évolution en est fatale ..."
Et Ménégaux (G.) d'insister sur la disproportion entre :

> "l'insignifiance de la porte d'entrée qui peut être une piqûre anatomique" parfois cicatrisée, (ou même passé inaperçue) au moment où la complication infectieuse apparaît, et la gravité de ses conséquences.

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE :

Après 4 jours dans le service, le pronostic vital ne semble plus, du moins momentanément, en cause : néanmoins, "ce membre supérieur" gorgé de pus et sphacélique, pourrait tout remettre en question.

Nous nous souvenons que le samedi 25 Juin 1960, vers 10 heures du matin, Monsieur X a subi des piqûres, des égrafflures de rosiers qui poussent sur les lieux de son travail. Le laboratoire a, en outre répondu : "présence de germes à gram (+), genre staphylocoque, parmi les tissus nécrotiques et le pus...", mais "Hémoculture : négative", quelques hypothèses sont donc à soulever :

- S'agit-il : 1 - d'une septicémie "vraie", mais à hémoculture négative,
- ou bien : 2 - d'une staphylococcie cutanée avec manifestations générales graves ?

PREMIERE HYPOTHESE :

S'agit-il d'une septicémie vraie, mais à hémoculture négative ?

Découvert en 1880, par Louis Pasteur dans le pus de furoncles, et d'une ostéomyélite, étudié ensuite par Ogston et Rosenbach, et trouvé dans le sang en 1890 par Roux et Launois, le "staphylocoque" frappe par son ubiquité, Martin (R.) et Sureau (B.) disent, à propos de la physiopathogénèse des affections staphylococciques : "le staphylocoque, qu'il soit pathogène ou non, doré, citrin ou blanc, est un germe essentiellement ubiquitaire : on le rencontre partout, dans la gorge, dans l'intestin, sur la peau, sur les muqueuses."

"C'est un germe contre lequel l'organisme se défend mal, car il fabrique difficilement des anticorps antistaphylococciques : ceux-ci sont labiles, et de ce fait, l'immunité est éphémère et très labile, après une première atteinte".

Depuis le magistral enseignement de Gastinel et Reilly, le "concept de septicémie", correspond, dans notre esprit, à une notion précise : "la notion de septicémie doit être réservée à toute infection générale, conditionnée par des décharges importantes et répétées dans le sang de bactéries pathogènes et de leurs poisons. Issue d'un foyer septique, appréciable ou non, cette migration continue ou discontinue de germes engendre des signes généraux graves, tenant à de multiples embolies microbiennes, à l'action des toxines bactériennes, enfin, aux effets nocifs des produits de désintégration cellulaire, tous symptômes laissant au deuxième plan le foyer infectieux initial :" Gastinel (P.) et Reilly (J.)

A propos des "septicémies à staphylocoques", Bariéty (M.) et Brocard (H.) disent : "la peau joue dans les septicémies à staphylocoques, un rôle essentiel. L'expérience clinique montre à l'évidence que cette septicémie survient très souvent, on pourrait même dire, avec une sorte de prédilection, chez les sujets vigoureux, chez des adultes jeunes, sans aucune tare viscérale décelable... p. 140 "septicémies à staphylocoques" par Bariéty (M.) et Brocard (H.) - Paris 1945, J.B. Baillière, Ed.).

A propos de la symptomatologie des septicémies à staphylocoques, Bariéty (M.) et Brocard (H.) disent : "le retentissement de la septicémie est également très important à étudier" : "la staphylococcie estpeu anémiante (contrairement à la streptococcémie) ; elle donne peu d'ictère ; enfin, elle ne donne guère de néphrite" (p. 151) ;

"Enfin, l'examen de laboratoire essentiel est l'hémoculture".

Ils ajoutent : "... d'un point de vue plus synthétique, nous voudrions insister sur les deux grands problèmes que peut poser une septicémie staphylococcique :

1 - en présence d'un état manifestement septicémique, rapporter l'infection au staphylocoque ;

2 - en présence d'une lésion staphylococcique, dire si elle s'accompagne d'une septicémie ——— ."

Pour conclure, Bariéty (M.) et Brocard (H.) s'expriment ainsi :

"Quelle que soit l'importance de ces considérations cliniques, l'hémoculture n'en reste pas moins un élément capital du diagnostic de la septicémie : aucune précaution spéciale, aucune technique particulière ne sont nécessaires pour obtenir la culture du staphylocoque, dont on sait combien elle est aisée sur les milieux artificiels appropriés..."

Evoquant les problèmes diagnostiques que posent les staphylococcémies, Laroche (Cl.) (Pathologie médicale, éd. 1960. Flammarion), dit : "la porte d'entrée du germe est le plus souvent cutanée (furoncle, anthrax, en particulier de la face) mais, n'importe quelle lésion, la plus insignifiante soit-elle (panaris, orgelet, simple excoriation cutanée, voire une piqûre de moustique infectée...) peut représenter l'infection initiale..."

Il ajoute : "devant un état septicémique, le diagnostic de staphylococcie peut être soupçonné cliniquement par :

1 - La notion d'un foyer initial staphylococcique, en particulier;

2 - l'apparition de foyers métastatiques dont certains sont très évocateurs du staphylocoque (localisations osseuses, rénales : anthrax du rein...) ou périrénales, prostatiques, éruptions pustulo-ecchymotiques;

3 - l'existence d'une leucocytose avec polynucléose "neutrophile" vient renforcer la présomption d'infection à microbes pyogènes ;

4 - Mais le diagnostic ne peut être affirmé que par l'hémoculture..." (Pathologie médicale, 1960, T. III, Flammarion, éd.)

Sur l'hémoculture, Fasquelle (R.) et Christol (D.), à Milan, lors du second congrès international de Pathologie infectieuse, disent : "... la septicémie, c'est la présence de germes dans le sang, accompagnée de signes généraux graves. Il n'y a définition complète de la septicémie que clinique. Lorsque les manifestations cliniques sont associées de façon permanente et importante à la présence de germes dans le sang : c'est la septicémie ..."

"Les signes généraux qui apparaissent comme signe de l'état septicémique, dépendent du développement des germes dans les localisations anatomiques diverses à partir des foyers initiaux, des enzymes toxiques produites par le germe ou des endotoxines libérées par lui, ainsi que des produits toxiques de la désintégration cellulaire..." (Milan 6-10 Mai 1959 IIIème Symposium du second Congrès International).

Si, à propos de la présence d'un germe dans le sang la distinction peut être délicate entre "bactériémie" et "septicémie", le diagnostic de septicémie ne peut être affirmé avec certitude sans la mise en évidence de germes par hémoculture...

Mettant en relief l'importance de l'hémoculture pour le diagnostic de septicémie (septicémies à streptocoques ; septicémies à méningocoques : Salomon (1902), Warfield, Wolker et Schohmüller (1903), septicémie à micrococcus gonorrhoeae de Neisser (Hewes (1894), Lemierre (1900), septicémies à streptobacillus moniliformis Place, Suhon et Wilner (1926), Lemierre et Reilly (1936).

Laroche (Cl.) précise : ".... quelle que soit la richesse de la symptomatologie clinique, le diagnostic de septicémie ne peut être affirmé que par l'hémoculture..." Pathologie Médicale T. III, p. 620... 1960, Ed. Flammarion.

A propos de la biologie du staphylocoque et de son génie pathogène, Martin (R.) et Sureau (B.) disent :
"le staphylocoque, agent de nombreuses infections, sensible aux nouveaux antibiotiques, bientôt s'y adapta et devint résistant...."

Actuellement, les affections à staphylocoques restent un des problèmes thérapeutiques les plus difficiles à résoudre, en matière de maladies infectieuses, et du fait des facultés d'adaptation de ce micro-organisme, les nombreux antibiotiques qui chaque année prennent jour, sont à peine suffisants pour lutter efficacement contre lui.

Et pour conclure les considérations thérapeutiques, à propos de la lutte contre le staphylocoque, Martin (R.) et Sureau (B.) disent :
"... il importe de multiplier les prélèvements en cours de traitement, tout particulièrement lorsque l'affection ne cède pas franchement au traitement mis en jeu ; dans ce cas, en effet, on risque de voir apparaître

une souche devenue résistante à la thérapeutique primitivement proposée ; "il y a lieu de l'étudier à nouveau pour proposer un nouveau traitement plus efficace..." (Revue du Praticien, 21 Avril 1957, Tome VII, N° 12, pp. 1303-1310).

PROBLEMES POSES PAR UNE HEMOCULTURE NEGATIVE :

A propos du pouvoir bactéricide du sang normal et des facteurs sanguins inhibant le développement bactérien dans les hémocultures, Fabiani (G.) et Despaux (E.), s'expriment ainsi : "si l'hémoculture est devenue une technique banale et précieuse, ... il n'en reste pas moins que le milieu sanguin n'est guère favorable au développement microbien..."

"Le pouvoir bactéricide du sang, s'il n'est pas neutralisé, peut s'opposer à tout développement microbien et rendre une hémoculture stérile : il exerce cet effet léthal rapidement, en quelques minutes, surtout sur les bactéries gram négatif". Ils ajoutent : "l'action anti-bactérienne la plus efficace et la plus régulière, celle qui se manifeste sur des entéro-bactéries, est en rapport avec le complément" mais tout ne se résume pas "à l'action exclusive du complément : l'effet bactéricide que manifeste le plasma (ou le sérum), est dû essentiellement à ce que l'on peut appeler le "complexe Alexine-Properdine".:
"le complément intervient dans la constitution de l'Alexine de Buchner et aussi du système Properdine de Pillemer".
Les chercheurs ont isolé du sang d'autres substances pouvant être nocives pour les bactéries (Lysozyme, β-lysines thermostables ; ... leukine, palkine (dérivés de l'hémoglobine...)

"Mais, l'intervention de ces facteurs dans l'échec d'une hémoculture n'est pas démontrée avec certitude..."
Fabiani (G.) et Despaux (E.), "Presse Médicale", 19 Décembre 1959 - N° 59 pp. 2245-2246.
Albert Delaunay, Monique Pelletier et Michelle Henon disent, à propos de la "Properdine et la défense de l'organisme contre les agents pathogènes : "Pillemer a donné le nom de "Properdine" à une protéine particulière qui jouerait un rôle important dans les phénomènes d'immunité naturelle mais la "properdine" n'agit jamais seule : pour qu'elle intervienne, il lui faut recevoir l'aide du "complément" et d'ions magnésium : cette

triade "properdine + complément + ions $Mg.^{++}$" forme, ce qu'on appelle désormais le système properdine".

"Notons pourtant, qu'en ce domaine, tout n'apparaît pas encore, parfaitement clair : ainsi, vis-à-vis d'un même germe, tous les sérums ne donnent pas les mêmes résultats. Il faut faire attention à leur provenance : homme, lapin, cobaye, rat, souris, chien...
"l'action bactéricide du système properdine, quand elle existe, paraît relever d'un mécanisme enzymatique ..."

"Revue du praticien, 21 Avril 1957, Tome VII, N° 12, pp. 1327-1334".

Cl. Laroche dit, à propos des septicémies à staphylocoques : "dans les staphylococcémies chroniques, les hémocultures peuvent rester négatives, pendant de longues périodes, en dehors des décharges bactériennes souvent difficiles à déceler".

A ce sujet, Bariéty (M.) et Brocard (H.) disent :

"D'autres fois, au contraire, l'hémoculture est négative et pourtant, on discute le diagnostic de septicémie : "Ce sera le cas d'un sujet chez lequel, apparaissent relativement groupées plusieurs déterminations staphylococciques" :
"il est légitime dans ces cas de penser que si les hémocultures sont négatives, c'est que les décharges bactériennes sont de courte durée et que l'hémoculture n'a pas été faite au moment propice pour les déceler..."
Mais, en conclusion, M. Bariéty et H. Brocard disent : "Quelle que soit l'importance de ces considérations cliniques, l'hémoculture n'en reste pas moins un élément capital du diagnostic de la septicémie..." (septicémies à staphylocoques, 1945, Paris, J.B. Baillière Ed.)

En définitive, l'évolution de cette gangrène du membre supérieur, la négativité de l'hémoculture (faite avant tout traitement antibactérien, à l'acmé de la pyrexie), la négativité persistante des hémocultures répétées..., le contexte clinique, permettent de conclure qu'il ne s'agit pas d'une septicémie à staphylocoques.

DEUXIEME HYPOTHESE :

S'agit-il d'une staphylococcie cutanée avec manifestations générales graves ?

Le laboratoire a répondu : "Présence de germes, cocci gram positif, genre staphylocoque", dans le pus ; il a précisé : souche sensible à : streptomycine, chloramphénicol et spiramycine.

Ainsi la question est de préciser s'il s'agit :

1 - d'une simple staphylococcie, à porte d'entrée "cutanée..." ou bien :

2 - de déterminations cutanées de quelque maladie, avec "surinfection" à staphylocoques ?

Monsieur X. a subi les piqûres de rosier le 25 Juin 1960, vers 10 heures du matin ; le lundi 27 Juin 1960, les malaises commencent, ainsi que les manifestations loco-régionales ; le samedi 2 Juillet 1960, il est admis en milieu chirurgical, avec une gangrène de tout le membre supérieur, et un état général gravement atteint... Les hémocultures répétées sont constamment négatives. La vitesse de sédimentation globulaire évaluée par la méthode de Westergreen, est à 65 pour la 1ère heure, 99 pour la 2ème, 105 pour la 3ème. Par ailleurs, rien à signaler, à part l'hyperleucocytose avec polynucléose neutrophile (73 %) et éosinophilie (11 %).

Un traitement anti-infectieux, guidé par l'antibiogramme est mis en oeuvre, et des soins locaux appliqués au membre supérieur, nécrosé. L'évolution de l'état général est rigoureusement suivie, ainsi que l'évolution de la gangrène. Par ailleurs, la recherche de germes dans le sang est effectuée régulièrement. En effet, Martin (R.) et Sureau (B.), analysant la sensibilité des staphylocoques aux antibiotiques, constatent :
"la staphylococcie est une maladie longue, traînante, épuisante pour l'organisme qui la supporte, et par conséquent un antibiotique simplement bactériostatique sera, la plupart du temps, incapable d'assurer la guérison... "Il faudra avoir recours à une thérapeutique bactéricide..." Soumis à un nouvel antibiotique, il y est sensible dans 90 % des cas, mais on a tôt fait de voir apparaître des résistances, et le jeu des sélections ramène cette sensibilité à des chiffres infiniment plus bas..."

Degos (R.) dit, à propos des staphylococcies : "le staphylocoque est capable de déterminer des dermites aiguës, en plaques, dont l'aspect reproduit celui de l'érysipèle mais "sans bourrelet périphérique" : la peau est rouge, violacée, tendue ; l'infiltrat est épais ; les signes généraux sont très accentués, faisant croire à un phlegmon diffus. Et de fait, dans cet infiltrat dermo-hypodermique, se forme souvent un abcès, dont le pus contient exclusivement des staphylocoques..."

Degos (R.) précise : "cette dermite érysipéloïde extensive est une des manifestations des staphylococcies malignes de la face : elle se développe surtout, autour d'un furoncle de la lèvre supérieure, ou du sillon naso-génien... : la plaque s'étend excentriquement, provoquant un oedème parfois considérable, une turgescence des veines dont la thrombose est si redoutable. Le pronostic était, autrefois, habituellement mortel..."

(R. Degos pp. 468-469 "Dermatologie" mise à jour 1960).

A propos de la gangrène du membre supérieur, l'interrogatoire a établi qu'aucune injection de produits pouvant être toxiques pour les tissus n'a été faite.

"Nous savons que la dermite livedoïde de Nicolaü" est due à une thrombose artérielle par injection involontaire dans un vaisseau d'un produit huileux (sels de bismuth le plus souvent...) Et Degos (R.) signale "la gangrène rapide et redoutable, du type gangrène gazeuse, qui a pu succéder, très exceptionnellement, à des injections intra-musculaires d'adrénaline..."

En outre, les épreuves sérologiques de la syphilis sont négatives (ces épreuves ont été pratiquées par acquit de conscience) : nous savons, en effet, que "la syphilis gangréneuse (chancre gangréneux, syphilis tertiaire gangréneuse), décrite par Fournier, a fait l'objet d'études bactériologiques récentes de la part de Gougerot et Basset, qui ont discuté le rôle du terrain (Anallergie)..."

A ce sujet, Degos (R.) ajoute : "... dans les cas d'ulcères gangréneux, il faudra penser à la possibilité de syphilis gangréneuse primaire ou tertiaire..." Il précise, à propos des gangrènes infectieuses cutanées primitives :"

1 - La gangrène multiple des adultes revêt des formes variées, plus ou moins graves ;

2 - La gangrène insulaire microbienne bénigne (Touraine) est un véritable ecthyma gangréneux superficiel (staphylocoques dorés, blancs..), facilement curable.

3 - Quant à la gangrène à lésion unique et extensive, elle peut apparaître d'emblée, sans lésion pré-existante connue. Elle peut, dans d'autres circonstances, être secondaire à une plaie minime... Ces cas sont souvent graves, par extension progressive et il faut agir précocément, en excisant si possible, tout le tissu sphacélé.

"Sous l'influence d'une irritation locale, ou de certaines circonstances biologiques générales, les staphylocoques vont devenir virulents... (depuis le coccus polymorphe de Cedercreutz, et le staphylocoque blanc, jusqu'au staphylocoque doré...)"

R. Degos, "Dermatologie", mise à jour 1960, pp. 747-750.

TRAITEMENT ETIOLOGIQUE - EVOLUTION

Après 5 jours de réanimation, le pronostic vital ne semble plus, du moins momentanément, en cause. Mais l'état du membre, malgré les soins locaux et le traitement anti-infectieux, non seulement, il ne s'améliore guère, mais il paraît, par moments, s'aggraver. La température est passée de 39°5 - 40° à 38° environ ; quant au pouls, il présente des écarts importants d'un moment à l'autre de la journée, d'une journée à l'autre, en raison de la neurotonie du pateint.

Devant la gravité de l'atteinte de l'état général, devant l'évolution rapidement extensive du processus, nous nous demandons toujours, s'il ne s'agit pas "de déterminations cutanées de quelque maladie, avec surinfection à staphylocoques". Toutes les investigations cliniques et tous les examens para-cliniques n'ont apporté aucun renseignement particulier. Néanmoins, un bilan neurologique complet est encore une fois, effectué, avec une radiographie de face, et en double obliquité, du rachis cervical.

En effet, à propos des troubles trophiques au cours des affections du système nerveux périphérique, Lefèvre (J.P.) et Cambier (J.) nous rappellent : "en dehors des grandes maladies neurotrophiques, acropathies ulcéro-mutilantes et lèpres nerveuses, on peut observer inconstamment des troubles trophiques majeurs au cours de diverses affections du système nerveux périphérique.

Les atteintes des nerfs du membre supérieur se compliquent, plus rarement, d'ulcérations : de minimes traumatismes paraissent nécessaires à leur apparition comme dans le cas de Tinel concernant une section du "nerf" cubital. Les lésions du nerf médian au canal carpien, entraînent souvent des troubles trophiques cutanés importants..." (Revue du praticien, 1er Juillet 1960 - Tome X, n° 19, p. 2057).

Si l'état général s'est amélioré, par contre l'état du membre supérieur reste inquiétant : le spectre de l'amputation n'est point écarté. Bien plus, il semble que le moment approche, moment où il va falloir s'y résigner.

Les multiples travaux sur le staphylocoque, depuis qu'en 1880 Louis Pasteur l'a découvert, ont précisé ses propriétés pathogènes. Rappelons que Burnet a isolé en 1929, une exotoxine présentant un triple pouvoir hémolytique, nécrotique et léthal (neuro-toxique et cardiotoxique) : "la toxine staphylococcique est douée d'une toxicité surtout locale et le pouvoir léthal est peu important."

Mais, selon Ramon et Richou : "... il n'y a pas de parallélisme entre la virulence du germe et sa richesse en toxine :" (Pathologie Médicale, T. III, 1960, pp. 585-605. Flammarion, Ed.).

Et, "à propos des gangrènes cutanées", Degos (R.) de constater : "Sous l'influence d'une irritation locale ou de certaines circonstances biologiques générales, ..." même "des staphylocoques blancs peuvent être à l'origine de lésions sphacéliques".

Degos (R.) se demande alors "s'il n'intervient pas alors un terrain particulier..."

(Traité de Dermatologie, mise à jour 1960, pp. 747-750). Le bilan de 3 semaines de traitement anti-infectieux se ramène à peu de choses : certes, le laboratoire ne retrouve plus de staphylocoques dans les tissus sphacélés, certes les hémocultures sont négatives, mais l'apyrexie ne peut guère être obtenue : la température vespérale est voisine de 38°. Quant au membre supérieur, sphacélé, aucune amélioration n'est constatée.

Le traitement antibiotique est interrompu, mais l'on continue les pansements quotidiens, dans la plus stricte asepsie ; "de toute manière, il est décidé à présent, de recourir à l'amputation si l'état du membre s'aggrave..."

L'évolution de cette staphylococcie cutanée rapidement nécrosante, réalisant un état pseudo-septicémique, répondant peu favorablement aux traitements anti-infectieux, nous paraît fort insolite. La question reste

posée : "N'y aurait-il pas quelque maladie qui ferait le lit d'une surinfection à staphylocoques..., ou bien ... "les caractères inhabituels de cette staphylococcie proviendraient-ils d'un terrain particulier sur lequel elle se serait développée ?"

SURPRISE D'EXAMEN HEMATOLOGIQUE =

Le mardi 2 Août 1960, l'hémogramme apporte une surprise : la formule sanguine étonne par l'existence d'une hyper-éosinophilie à 22 % ; il existe 10.960 leucocytes par mm^3 avec 72 % de polynucléaires dont 50 % neutrophiles et 22 % éosinophiles. Le myélogramme est normal. "A quoi rapporter cette hyper-éosinophilie sanguine à 22 %"

De Graciansky (P.) et Leclercq (R.) disent, à ce sujet : "d'une façon plus pressante, peut-être, que tout autre discipline, la dermatologie pose, à propos de chaque cas, où est constatée une éosinophilie anormale, la question de sa nature, de son mécanisme, de son origine, de sa cause..."
(Revue du praticien, 11 Juillet 1957, Tome VII, N° 20, pp. 2203 - 2213.)

A propos de cette gangrène ulcéro-nécrotique généralisée au membre supérieur, "il s'agit uniquement d'hyperéosinophilie sanguine".

L'examen de la moëlle osseuse ne montre aucune anomalie. Par ailleurs, la gangrène du membre à part, cette hyperéosinophilie est isolée : notamment :

- pas de prurit,
- pas de douleurs osseuses,
- pas d'arthralgies,
- plus d'adénopathie ;

la radiographie du squelette, (crâne, rachis et membres en particulier,) est strictement normale.

Quant à la radiographie du thorax, elle ne montre aucune image suspecte.

A propos des "éosinophilies en dermatologie", De Graciansky (P.) et Leclercq (R.) rappellent : "la maladie de Lever ou granulome éosinophile de la face ; la réticulogranulomatose (Pinkus, Copps, Custer, Epstein 1949) ... ainsi que "la maladie de Letterer-Siwe, la maladie de Handschuller - Christian et le granulome éosinophile des os", où les lésions cutanées occupent une place importante ..."

(Revue du Praticien, 11 Juillet 1957, Tome VII, N° 20, pp. 2203-2213.)

Analysant les relations entre Eosinophilies et hémopathies malignes, Bousser (J.) dit : "à la phase initiale des leucoses aiguës myéloblastiques, on observe parfois une éosinophilie sanguine et médullaire d'une intensité extraordinaire..." Mallarmé précise : "il s'agit soit d'une poussée hyperplasique à éosinophiles marquant le début de la leucose" soit "de la présence dans le sang et la moëlle de cellules éosinophiles qui sont leucosiques".

Mathé (G.) et Najean (Y.) disent, à propos de l'éosinophilie : "l'éosinophilie est un symptôme mineur de plusieurs hémopathies non leucosiques ; sa valeur diagnostique et pronostique est inégale d'une variété à l'autre..." ; après avoir évoqué la maladie de Hodgkin, Mathé (G.) et Najean (Y.) ajoutent : "l'éosinophilie est un caractère fréquemment observé lors des atteintes médullaires toxiques : le benzolisme et les radiations ionisantes en sont les deux causes majeures" ; elle peut atteindre 15 à 20 % et doit constituer à côté de l'anémie, de la leucopénie et de la neutropénie, un signe d'alarme qui commande l'interruption de la cure radiothérapique". Mathé (G.) et Najean (Y.) rappellent l'éosinophilie qui accompagne la leucocytose de la maladie de Vaquez ; l'éosinophilie des cancers (élément de diagnostic important, car elle peut être, pendant un temps, l'élément essentiel) ; l'éosinophilie au cours de la maladie de Biermer (éosinophilie très élevée après l'hépatothérapie à fortes doses (Dienstbier (T.), Hermansky (F.), Lancet 1956, 1 p. 659)..., l'éosinophilie sanguine gastrogène (Presse Médicale, Lacassie (F.), 1956, 64, p. 1885).

L'on observe une éosinophilie au cours de certaines protéolyses tissulaires, au cours de la chrysothérapie au cours des traitements par les arsenicaux, certains antibiotiques (streptomycine - Pénicilline, Viomycine), au cours de l'hépatothérapie... Il en est de même, au cours de dermatoses surtout, de la dermatite de Dühring - Brocq, et du pemphigus. L'éosinophilie est dans ces cas modérée, autour de 10 %... (Concours médical, 2 septembre 1961, n° 35).

A propos de la maladie de Küssmaul- Maïer, Siguier (F.) et Bétourné (Cl.) disent : "il y a pourtant l'éosinophilie, que l'on retrouve avec une fréquence suffisante pour lui accorder une valeur certaine : présente chez un malade sur quatre, elle est franche et atteint parfois des taux considérables de 40, 50, 60 % et plus..." (Revue du praticien, 1er Novembre 1958, Tome VIII, N° 28, pp. 3207-3219.)

Mais l'hyperéosinophilie sanguine à 22 %, découverte le 2 Août 1960 n'est pas symptomatique de la péri-artérite noueuse : aucun symptôme, aucune manifestation viscérale, aucune lésion évoquant la maladie de Küssmaul-Maïer.
La question reste donc posée : à quoi rapporter cette hyper-éosinophilie sanguine ?

RECHERCHE D'UNE PARASITOSE :

"Toute éosinophilie supérieure à 20 %, doit surtout faire penser à une distomatose. D'autres parasitoses plus rares donnent également une éosinophilie, telle la trichinose, le kyste hydatique et la tricocéphalose, et, éventuellement "une bilharziose, une filariose, une dysenterie amibienne..." (Concours Médical - 2 Sept. 1961, N° 35).

De Graciansky (P.) et Leclercq (R.) disent, à ce sujet : "plus généralement, une augmentation du nombre des cellules éosinophiles, constatée à la fois dans le sang et dans la moëlle osseuse, au cours de dermatoses, doit évoquer une parasitose..."
(Revue du praticien, 11 Juillet 1957. Tome VII - n° 20 pp. 2203-2213).

Rappelant les affections susceptibles de déterminer une éosinophilie véritablement leucémoïde, Bousser (J.) s'exprime ainsi : "en premier lieu, doivent être mentionnées les parasitoses et notamment l'ascaridiose, la distomatose, les filarioses, les strongyloïdoses, la trichinose, la nécatorose..." et Bousser (J.) précise, à propos de l'étiopathogénie du syndrome de collagénose disséminée éosinophilique de Engfelt-Zetter-Ström :
"Ces syndromes sont considérés unanimement comme le résultat d'une hypersensibilisation dont l'origine est assez rarement retrouvée : "des parasitoses ont pu être démontrées : infestation par Ascaris (Gÿorgyi), Toxacara Canis (Milburn et Ernst) dans le syndrome de Zuelzer et Apt ; par tricocéphale (Schaffner) ; par filariose dans l'endocardite fibroblastique (G. Marchal, Lemoine, Morenas, Gerbaux, Lenègre...) ;
"Churg et Strauss signalent, chez plusieurs de leurs malades, une sensibilisation à des allergènes divers..."

(Revue du praticien, 11 Juillet 1957 - T. VII, N° 20, pp. 2189-2197). Christol (D.) précise, à propos des fonctions des éosinophiles : "l'éosinophilie est une marque plus fidèle de certains états d'allergie, dont le principal est l'allergie aux helminthies..." Christol (D.) ajoute après avoir rappelé les expériences de reproduction de l'éosinophilie par injection de pilocarpine (Aubertin, Ambard, Schwartz) ; par excitation faradique prolongée des deux nerfs pneumogastriques dénudés, chez le cobaye (Hajos, Nemeth...) : "de toutes ces notions de physiopathogénie, la plus claire est encore le rôle de l'allergie et, en tout premier, l'allergie liée aux helminthiases..."

(Revue du praticien, 11 Juillet 1957 - Tome VII, N° 20, p. 2176). (G.) Lavier dit à propos des hyperéosinophilies liées aux helminthiases : "ce phénomène est constant, au point de constituer, parfois, le seul symptôme d'une infestation parasitaire... mais une infestation parasitaire est essentiellement évolutive : un ver pénètre, migre parfois longuement dans l'organisme, se développe, devient adulte, puis vieillit..." en réalité, l'hyperéosinophilie est dans les helminthiases un fait constant, absolu, mais qui est soumis à une évolution déterminée par l'interaction d'un certain nombre de facteurs : le principal est le facteur chronologique ; un second facteur tient à l'espèce en cause..."

A propos de cette éosinophilie sanguine constatée le 2 Août 1960, aucune notion d'infestation parasitaire, aucun symptôme pouvant faire penser à une parasitose ; la radiographie du thorax ne montre aucun signe suspect : "depuis 1932, avec Loëffler, les infiltrations pulmonaires éosinophiliques fugaces sont connues". Quant aux intra-dermo-réactions, aux allergènes parasitaires (dus à l'obligeance de l'Institut Pasteur de Paris), notamment les réactions de groupe aux Taenias, elles sont négatives..."

De toute manière, comme le précise Lavier (G.) : "l'interprétation de l'éosinophilie doit tenir compte des circonstances qui l'accompagnent et constituent son contexte..." : d'ailleurs, l'hyper-éosinophilie médullo-sanguine, au cours des helminthiases, par son allure bien régulière d'ascendance puis de chute progressive en coup d'archet, est bien différente des éosinophilies désordonnées de l'allergie..."

(Revue du Praticien, 11 Juillet 1957, Tome VII, N° 20, pp. 2183-2184).

Le contexte clinique, l'évolution de cette éosinophilie permettent de conclure qu'elle n'est pas liée à une parasitose.

Ainsi, la question est encore là : "... à quoi rapporter cette hyperéosinophilie sanguine à 22 % ?..." "une grande éosinophilie, sans cause, peut être observée dans l'éosinophilie tropicale (pseudo-tuberculose avec éosinophilie) et dans l'éosinophilie essentielle familiale... "Mais, c'est là un diagnostic qu'il faut porter comme à regret". (J. Hamburger).

HYPOTHESE D'UNE MALADIE ALLERGIQUE :

Après 4 semaines dans le service, voici le bilan :

1 - Etat général amélioré, toutefois l'apyrexie n'est guère obtenue : (température 37°2 le matin, 37°8-38° le soir)... Le pouls, nous le passons à dessein sous silence en raison de la forte neurotonie du patient : les écarts sont trop accusés d'une heure à l'autre de la journée, et d'une journée à l'autre...

2 - La vitesse de sédimentation globulaire reste accélérée (56 à la 1ère heure).

3 - A part cette hyperéosinophilie sanguine à 22 %, les examens para-cliniques n'apportent aucun renseignement particulier ; "le laboratoire ne trouve plus de staphylocoques dans les tissus sphacéliques ; quant à l'hémoculture, elle reste négative"...

4 - Mais, l'état du membre supérieur est inchangé : aucune amélioration n'est constatée.

Cette hyperéosinophilie sanguine serait-elle liée à une maladie allergique ? "S'agirait-il, alors, d'une dermite allergique avec surinfection à staphylocoques ?

Pasteur Vallery Radot dit : "... les très nombreux examens de sang qu'avec Paul Giroud et Fr. Claude nous avons pratiqué chez les sujets sensibilisés, que la sensibilisation fût d'origine respiratoire ou d'origine digestive, nous ont permis de conclure que l'éosinophilie sanguine n'était pas un stigmate de l'état allergique...
Mais on l'observe au cours des maladies allergiques : "dans 75 % des cas, au cours du rhume des foins ; dans 76 % des cas, au cours de l'asthme

bronchique (en période de crise) ; dans 64 % des cas, au cours du coryza spasmodique ; dans 26 % des cas, au cours de l'urticaire..."

(Pasteur Vallery Radot - Précis des maladies allergiques 1949, Flammarion Ed.)

A propos "des méthodes de diagnostic biologique en allergie", Wolfromm (R.) et Liacopoulos (P.) disent : "elles sont mises en oeuvre avec des résultats variables dans tous les cas où l'on soupçonne l'étiologie allergique de manifestations cliniques diverses...

Or, il n'existe pas de critère biologique du terrain allergique : l'éosinophilie est loin d'être constante : (elle manque dans 25 % des cas).

"L'enquête clinique, l'examen complet du malade sont indispensables pour écarter une cause autre que l'allergie, pour orienter l'exploration biologique, pour prouver le caractère pathogène d'un allergène..."
(Revue du praticien, 1er Juillet 1955, Tome V, N° 19 pp. 1993-2002).

De l'interrogatoire, une seule notion se dégage : la notion de piqûres de rosier antérieures. Le rosier qui a piqué Monsieur X., le samedi 25 Juin 1960 pousse sur son lieu de travail : aussi est-il habitué, voilà bien des années, à ce genre d'incident. Ce rosier n'a aucune propriété vénéneuse : les nombreux essais sur nous-mêmes, et sur d'autres volontaires, de préparations à partir du rosier (feuilles, rameaux, tige, écorce, épines...), nous ont surabondamment prouvé qu'il était dépourvu de toute propriété toxique vis-à-vis des tissus humains.

Depuis l'expérience princeps de Richet (Ch.) et Portier (P.) en 1902, suivie des travaux d'Arthus (M.) (1903), de Théobald Smith (1904), depuis les recherches de Widal et son école,... nous savons que le phénomène de Richet peut, aussi, être reproduit avec une toxine végétale, "la crépitine", extraite d'une euphorbiacée, hura crepitans : (Felix Pierre Merklen, revue du praticien, 11 Mai 1960, Tome X N° 14, pp. 1467-1474).

Pasteur Vallery Radot précise : "il faut distinguer l'hyperergie et l'allergie : un individu est hyperergique (ou intolérant) à un

médicament, quand le seuil de tolérance de cet individu est très bas ; l'hyperergie est une réaction quantitative.
l'Allergie est, au contraire, une réaction qualitative : "... si un individu est sensibilisé à un médicament, c'est non pas le médicament qui conditionne les symptômes observés, mais l'individu sensibilisé..." (Revue du Praticien, 1er Juillet 1955, Tome V, N° 19, p. 1990).

Gastinel (P.), Fasquelle (R.) et Barbier (P.) à propos d'anaphylaxie expérimentale disent : "la quantité d'antigène nécessaire pour obtenir la sensibilisation, chez l'animal, est variable selon les cas : ainsi Rosenan et Anderson ont sensibilisé le cobaye avec 1/1.000.000 g. de sérum de cheval ; et Wells le sensibilise avec 1/500.000.000 g. d'ovalbumine cristallisée..."

Ils précisent : "... on sait aujourd'hui que des antigènes sensibilisants peuvent être de nature non protéique : Landsteiner a montré que des substances cristalloïdes peuvent sensibiliser l'animal. Avec Jacobs, il a obtenu l'anaphylaxie par l'arylphénamine, et avec Chase, par l'administration d'un composé simple tel que le 2-4 dinitrochlorobenzène..." :
Landsteiner et Jacobs, Journal exp. Méd. 1936 - 64, 717.
Landsteiner et Chase, Journal exp. Méd. 1936 - 66, 337.

A propos d'allergènes, Pasteur-Vallery-Radot dit : "... il est peu de substances avec lesquelles nous entrons en contact, au cours de notre existence, qui ne puissent devenir allergéniques..." (Pathologie Médicale, T. II, p. 468-1960 - Flammarion. Ed.)

Cette hyperéosinophilie sanguine à 22 %, serait-elle liée alors, à une dermite allergique ("dermite au rosier") qui aurait fait le lit d'une surinfection à staphylocoques ?

TEST THERAPEUTIQUE :

Pasteur Vallery-Radot et B.N. Halpern disent, à propos du traitement des maladies allergiques : "il faudra toujours essayer de déceler l'allergène, car le traitement le plus efficace consiste à supprimer cet allergène de l'entourage du pateint... ; par ailleurs, le praticien aura à sa disposition plusieurs méthodes :

1 - Traitement d'accoutumance spécifique,

2 - anti-histaminiques de synthèse,

3 - médicaments du système nerveux végétatif,

4 - traitement hormonal (A.C.T.H. et Cortisone)...

Pasteur-Vallery-Radot et B.N. Halpern précisent : "une thérapeutique nouvelle d'une grande efficacité, celle des anti-histaminiques de synthèse" (Fourneau, Bovet, Halpern) est destinée à neutraliser l'action des substances histaminiques qui naissent du conflit antigène-anticorps..." : les anti-histaminiques les plus employés sont le phénergan, le néo-antergan..."

A propos du traitement hormonal, Pasteur-Vallery-Radot et B.N. Halpern ajoutent : "depuis 1951 ont été utlisées la corticotrophine hypophysaire (A.C.T.H.) et la cortisone dans les affections allergiques tenaces et particulièrement dans l'état de mal asthmatique...

Le praticien devra se souvenir que ces hormones, qui ont un résultat remarquable dans les dermatoses allergiques tenaces, ne doivent être appliquées que dans les cas rebelles où les autres thérapeutiques se sont montrées inefficaces..."
(Revue du praticien (Allergies) 1er Juillet 1955, Tome V N° 19, pp. 1937-1947).

Devant cette gangrène ulcéro-nécrotique rebelle à tous traitements mis en oeuvre jusque là, il a été décidé d'appliquer une thérapeutique anti-allergique d'épreuve :

1 - "... Le phénergan ou (3277 R.P.) un anti-histaminique de synthèse (Fourneau, Bovet, Stamb, Halpern) a été utilisé : à posologie dégressive, en injection parentérale ; d'abord 50 mg./24 heures, puis 25 mg/24 heures, à partir du 3ème jour - injection le soir. "Pasteur-Vallery-Radot".

2 - Le Cortancyl ou (méta-cortandracine), avec toutes les précautions que nécessite la mise en oeuvre de ce traitement, régime faiblement sodé, et absence d'un passé digestif à type d'ulcus gastro-duodénal notamment... : (Pasteur-Vallery-Radot et B.N. Halpern).

A posologie rapidement dégressive 30 mg./24 heures, puis 15 mg./24 heures, et arrêt. Les effets de ce traitement anti-allergique d'épreuve sont évalués :

1 - par la clinique,

2 - par des examens para-cliniques régulièrement effectués.

RESULTATS THERAPEUTIQUES :

1°) Après 72 heures de ce traitement, l'apyrexie est obtenue : de 37°8 38°C le soir, la température tombe à 36°6 36°8 ;

2°) Après une semaine de traitement, la formule leucocytaire montre un taux d'éosinophiles de 3% ;

3°) Quant au membre supérieur sphacélique, de sérieuses améliorations sont constatées : l'écoulement diminue, la plaie se nettoie. Encouragés par ces constatations, nous prolongeons ce traitement d'épreuve, d'une semaine : le phénergan est pris sous forme de sirop le soir ; le cortancyl est ingéré à la dose de 5mg/24 heures.

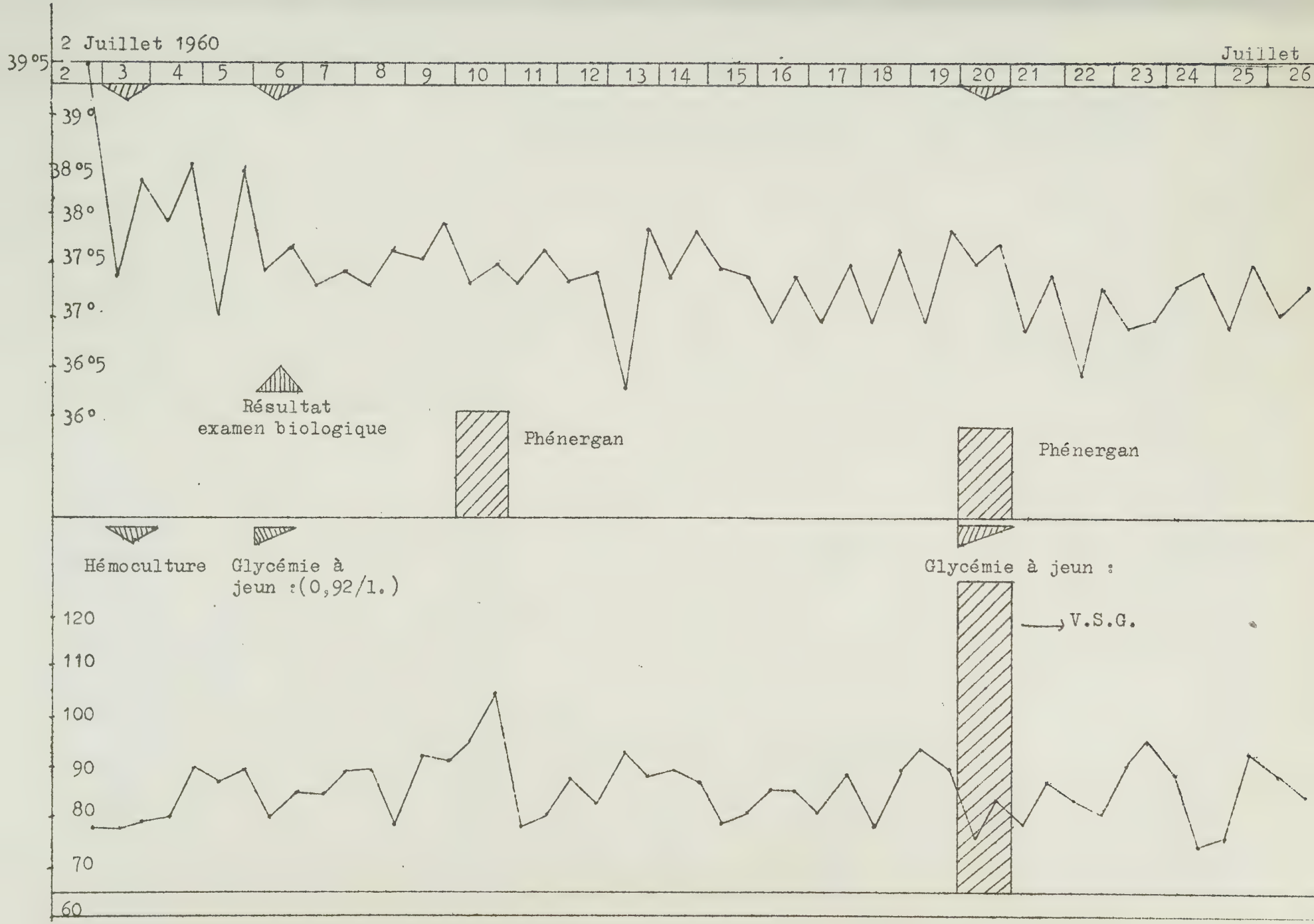
Un autre bilan est alors établi :

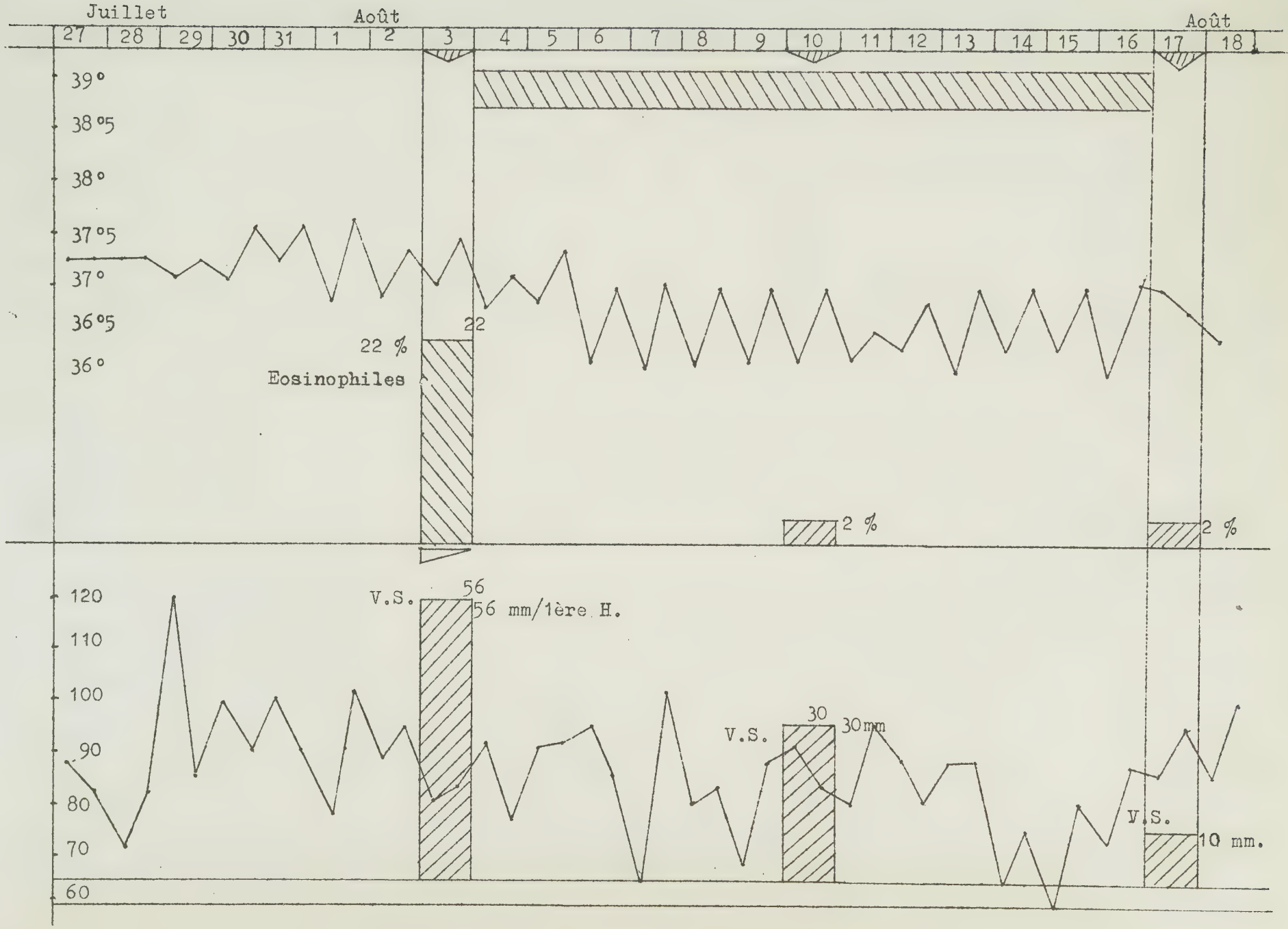
1°) Température : 36°6 36°8,

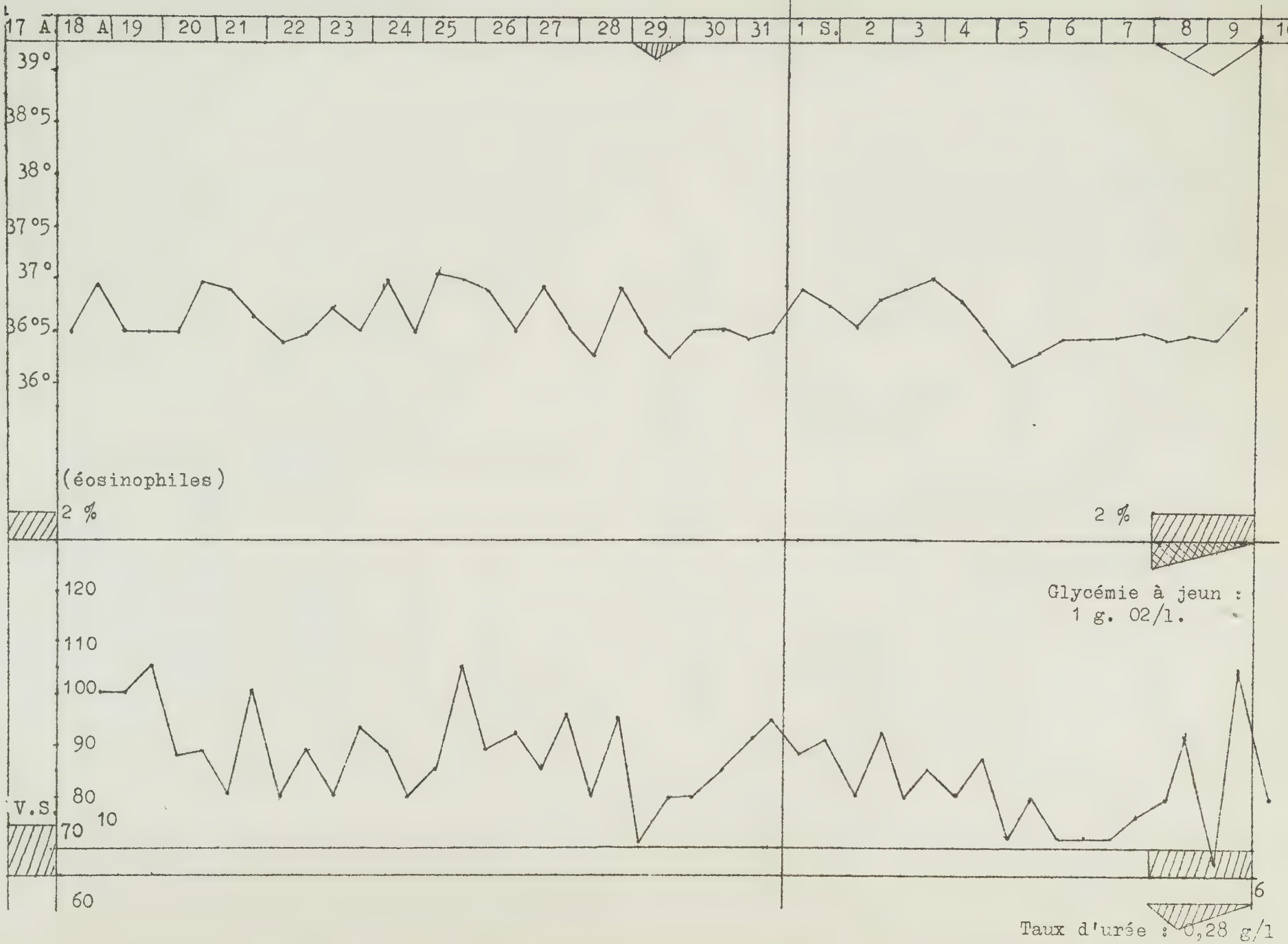
2°) Eosinophilie sanguine : 2%,

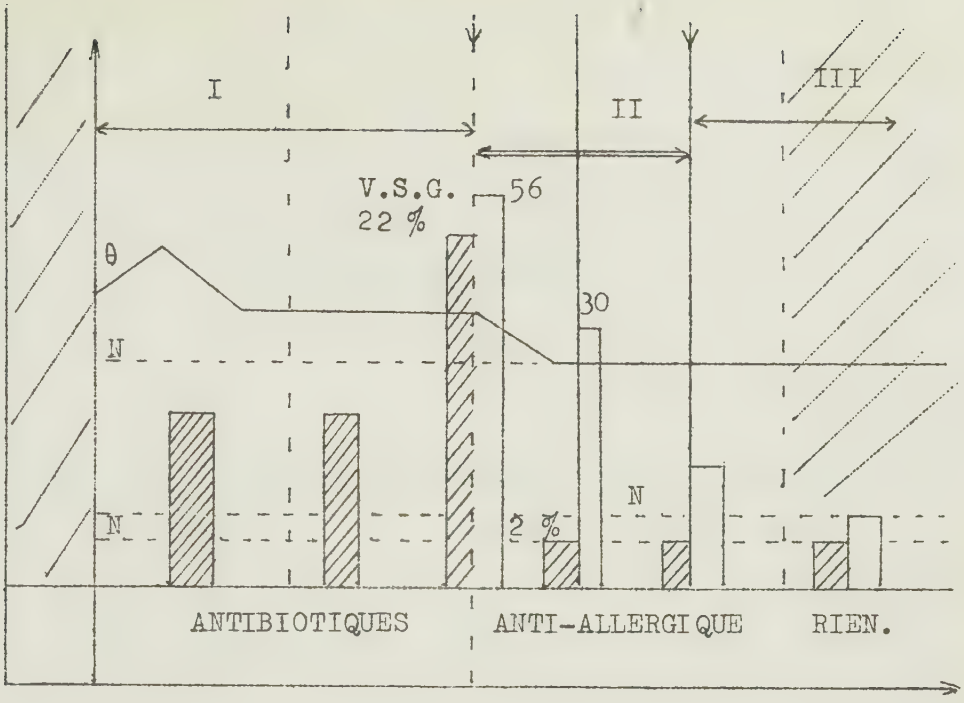
3°) L'amélioration du membre est nette : la plaie continue à se nettoyer ; il est possible à présent d'envisager un traitement complémentaire par greffes de téguments : ce traitement est rendu nécessaire par l'étendue des lésions.

Après 2 semaines de ce traitement, aucun médicament n'est plus administré : une trêve thérapeutique est décidée pour juger de la stabilité des résultats ; l'apyrexie subsiste ; le taux d'éosinophiles du sang est tombé à 2-3%; quant à l'état du membre supérieur, il est nettement amélioré... D'ailleurs, à partir du 18 Août 1960 jusqu'au 24 Septembre 1960, date de sortie du service, cette trêve médicamenteuse sera maintenue. Ainsi, "le test thérapeutique confirme avec netteté, l'hypothèse d'une dermite allergique".

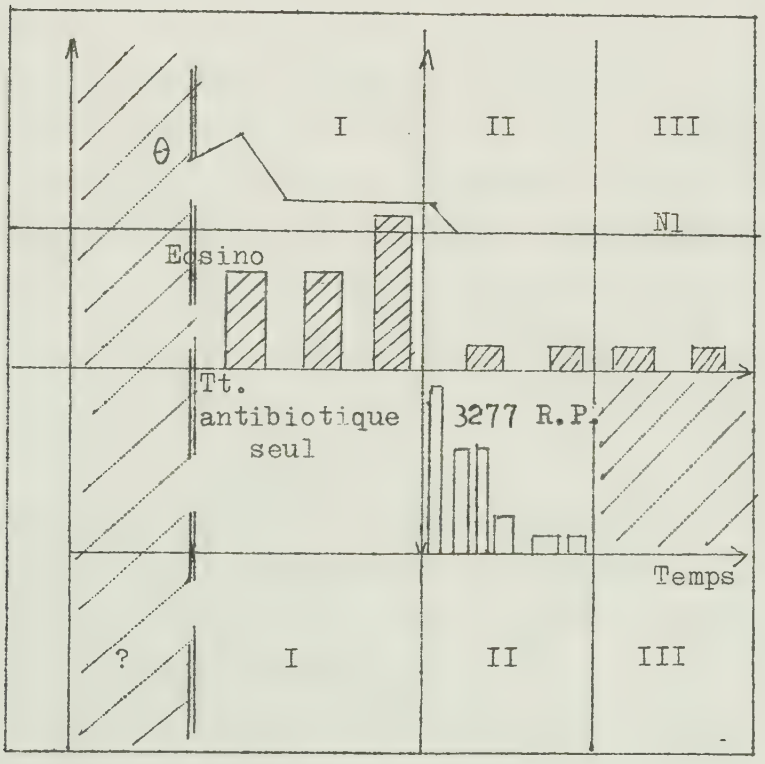

2 Juillet 1960
Juillet
39°5
2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26
39°
38°5
38°
37°5
37°
36°5
36°
Résultat examen biologique
Phénergan
Phénergan
Hémoculture
Glycémie à jeun :(0,92/1.)
Glycémie à jeun :
V.S.G.
120
110
100
90
80
70
60


Juillet
Août
Août
27 28 29 30 31 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18
39°
38°5
38°
37°5
37°
36°5
36°
22 %
Eosinophiles
22
2 %
2 %
120
110
100
90
80
70
60
V.S.
56
56 mm/1ère H.
V.S.
30
30mm
V.S.
10 mm.


17 A
18 A
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
1 S.
2
3
4
5
6
7
8
9
10
39°
38°5
38°
37°5
37°
36°5
36°
(éosinophiles)
2 %
2 %
120
110
100
90
80
70
60
V.S.
10
6
Glycémie à jeun :
1 g. 02/l.
Taux d'urée : 0,28 g/l



DIAGRAMMES DE L'EVOLUTION DE CETTE GANGRENE
ET DU CONTEXTE, PENDANT 3 MOIS.



DIAGNOSTIC EN ALLERGIE :

Pasteur Vallery Radot et B.N. Halpern disent : " il faut distinguer, en clinique, l'allergie humorale et l'allergie tissulaire ;

1°) les anticorps peuvent être à la fois fixés sur un organe, et circulants dans les humeurs : allergie humorale ;

2°) ou bien uniquement fixés : allergie tissulaire..."

Ainsi, peut-on diviser les syndromes allergiques en 2 grands groupes :

"1) les syndromes d'allergie humorale,

2) les syndromes d'allergie tissulaire :"

(Pasteur Vallery Radot et B.N. Halpern)

Ils précisent :"les affections de l'allergie humorale possedent un certain nombre de caractères communs : on trouve, très frequemment un terrain héréditaire ; les symptômes cliniques apparaissent rapidement après le contact avec l'antigène et prennent une allure de crise ; la résolution des symptômes est relativement rapide et la "restitutio ad integrum", complète. Les substances allergisantes sont le plus souvent de nature protéinique..."

A propos de l'allergie tissulaire, Pasteur Vallery Radot et B.N. Halpern s'expriment ainsi : "... dans l'allergie tissulaire, la cuti-réaction et l'intradermoréaction sont négatives, de même que la réaction de Prausnitz-Küstner. S'il s'agit d'allergie cutanée, les anticorps peuvant être mis en évidence à l'aide de l'épidermoréaction (Patch-test) : l'antigène est appliqué par friction sur quelques centimètres carrés de la peau du malade, puis est recouvert d'un petit pansement sec : "si la réaction est positive, la peau, à cet endroit, revêt un aspect de dermite erythémato-papuleuse ou vésiculaire, au bout de un, deux ou trois jours..."

Pasteur Vallery Radot et B.N. Halpern ajoutent :

"... dans la majorité des cas, tout le tégument cutané du malade est sensibilisé : l'épidermoréaction est donc positive dans n'importe quel secteur cutané. Il arrive cependant, que la réaction soit positive" seulement" en une certaine région de la peau (région où existe la dermite)..."(Revue du praticien, Allergies, 1° Juillet 1955, Tome V, n= 19 pp 1937-1947).

Degos(R) dit, à propos de l'eczéma : "... mais beaucoup plus souvent, la sensibilité s'acquiert par contacts successifs, et le malade ne conçoit pas, "a priori", la nocivité d'un produit qui a été bien toléré pendant plusieurs mois ou plusieurs années...; douze à quarante huit heures, rarement plusieurs jours après l'application apparaissent les manifestations cutanées..." Degos ajoute : "...l'infection secondaire, streptococcique et staphylococcique, est très fréquente : impétiginisation de la dermite, adénopathies..." et Degos conclut : "la sensibilisation cutanée est souvent seulement épidermique, d'où l'intérêt des épidermoréactions. Mais la sensibilisation n'a pas la même acuité sur tout le tégument ; d'où la possibilité de résultats erronés de tests cutanés, lorsqu'ils se montrent négatifs à distance du territoire atteint

(Dermatologie, mise à jour 1960, pp 330 - 362 b.)"

Pasteur Vallery Radot et B.N. Halpern précisent : "...un test positif est, le plus souvent, révélateur de la cause d'allergie ; mais, un test négatif ne permet pas toujours d'écarter l'antigène testé : il faut confronter la réaction cutanée et la clinique..."

(Revue du praticien, allergies 1º Juillet 1955, Tome V N 19 pp 1937-1947)

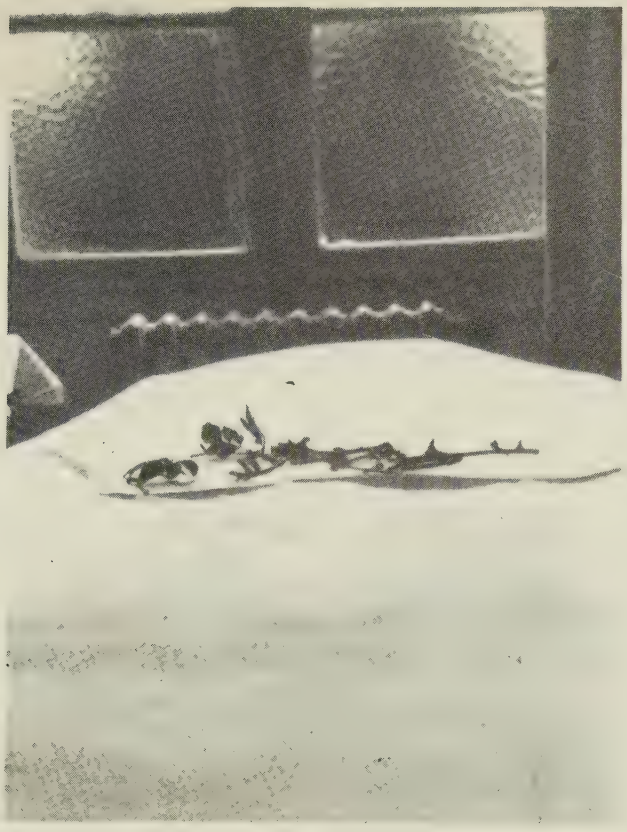
EPIDERMO-REACTIONS AUX PREPARATIONS

" du ROSIER"

A partir des principes énoncés par Pasteur Vallery Radot, Mauric (G) et collaborateurs dans "Anaphylaxie expérimentale et humaine, 1937, Masson éd., rappelés dans "Précis des Maladies allergiques" (1949, Flammarion éd.), et "Pathologie Médicale" (T II, 1960, Flammarion éd.) des préparations du "rosier" qui a traumatisé Monsieur X. le 25 Juin 1960, sont mises au point, pour tests cutanés : nous pratiquons avec les précautions que nécessite leur mise en oeuvre, non pas "des cuti-réactions ou des intradermo-réactions" car "il est rare que le contact cutané d'un antigène sensibilisant provoque des phénomènes d'allergie humorale ; le plus souvent, ce sont des phénomènes d'allergie tissulaire (dermite):"...

(Pasteur Vallery Radot)mais..." des épidermoréactions."

"Nous avons pratiqué, selon la technique clairement édictée par Wolfromm (R) et Liacopoulos (P) dans ("Revue du Praticien, 1º Juillet 1955, Tome V, Nº 19 pp 1993-2002) des épidermo-réactions à ces préparations du"rosier "ainsi,"une petite quantité de la substance est déposée sur la peau de cuisse, et des membres supérieurs", au niveau d'une scarification très peu appuyeé" ; on examine Monsieur X. quatre jours de suite"...A nous-même, et à d'autres volontaires, sur les mêmes régions du corps(cuisse, membres supérieurs) des épidermo-réactions "identiques" sont effectuées.



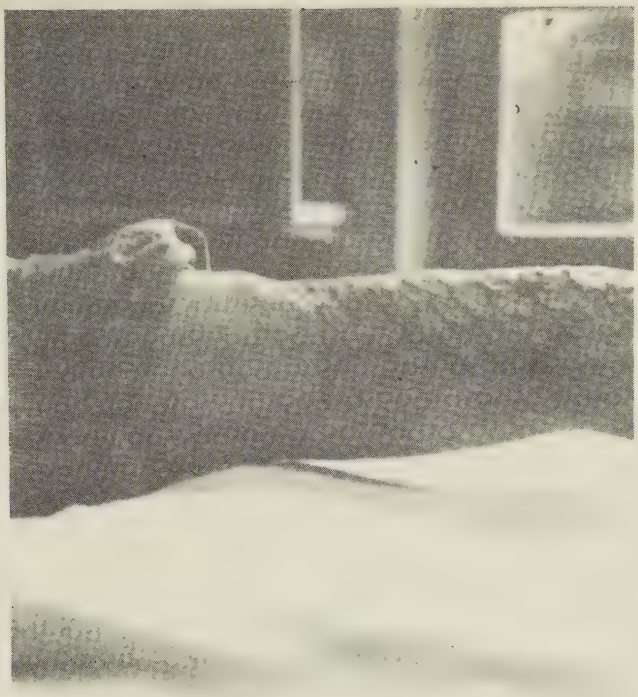
"du rosier" qui a piqué Monsieur X

Epidermo-réactions au "rosier",
sur Monsieur X

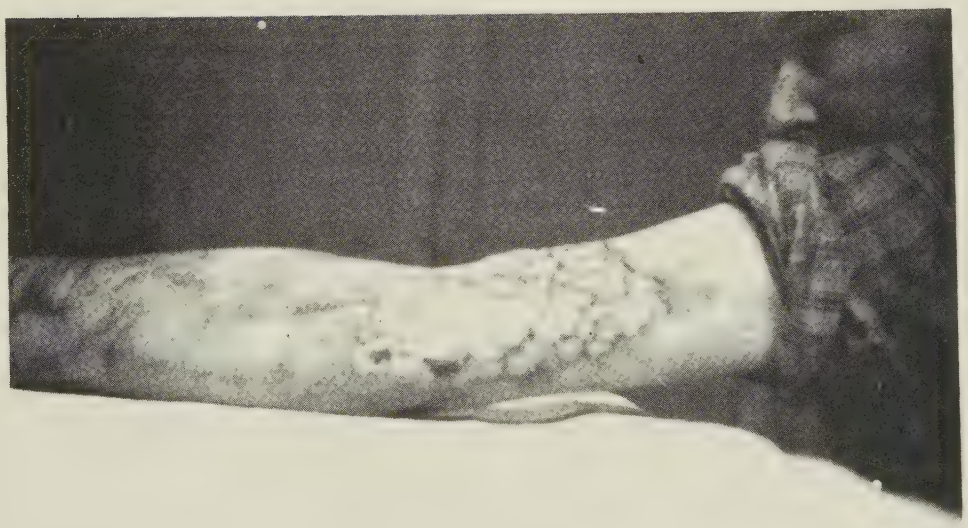
RESULTATS DES TESTS CUTANES :

Les épidermo-réactions effectuées sur les "témoins" n'ont produit aucun effet : les petites scarifications sur nous-même, sont pratiquement cicatrisées, à la fin de la journée. Pour Monsieur X, aucun phénomène n'est observé le premier jour. Le surlendemain, alors que les scarifications témoins (sur lesquelles on a déposé seulement une goutte de l'excipient ayant servi à préparer le rosier.) sont cicatrisées, on observe au niveau du test du membre supérieur droit, une réaction érythémateuse : cette réaction est nette, par rapport aux scarifications témoins, mais faible par rapport à la réaction au niveau du membre supérieur gauche, siège du processus ulcéro-nécrotique : "l'épidermo-réaction au rosier, prudemment effectueé au voisinage d'une des lésions détermine une réaction érythémato-oedèmateuse nette, mais sans signes généraux ; "cette réaction met une semaine à s'estomper et disparître..."

En conclusion, "les épidermo-réactions précisent que la sensibilisation au "rosier", localisée aux membres supérieurs, prédomine au membre gauche, siège de la gangrène ulcéro-nécrotique."



Aspect des greffes, au bout
de 3 semaines



Aspect des greffes, au bout de
3 semaines

EVOLUTION APRES "ARRET" DU TRAITEMENT ANTI-ALLERGIQUE

"La trêve thérapeutique décidée après 2 semaines de traitement anti-allergique est maintenue : d'ailleurs, pendant 5 semaines, jusqu'au 24 septembre 1960, date de sortie du service, plus aucun médicament n'est administré."

L'autogreffe cutanée pratiquée alors, selon la méthode de Reverdin, sous anesthésie générale et dans la plus stricte asepsie, a donné d'excellents résultats : tous les greffons ont pris et le processus de réparation de la plaie est en bonne voie. Le spectre de l'amputation est à jamais écarté... L'apyrexie obtenue dès le 3eme jour du traitement d'épreuve, se maintient spontanément. La vitesse de sédimentation globulaire quoique accélérée, continue à décroître spontanément, pour revenir à la normale en 3 semaines... Quant à l'éosinophilie sanguine tombée à 3%, dès la première semaine du traitement, elle s'est maintenue spontanément au taux physiologique. Le 24 Septembre 1960, à la sortie du service, la plaie est pratiquement guérie, après trois mois d'hospitalisation.

Nous avons vivement recommandé à Monsieur X. de ne point entrer en contact avec le rosier qui l'a piqué le 25 Juin 1960, car il y est sensibilisé : sinon tout pouvait recommencer...

Nous l'avons revu en Décembre 1960, en Juin 1961 (3 mois et 9 mois après sa sortie du service), le membre est complètement guéri ; l'hémogramme que nous avons fait pratiquer, est strictement normal.

Le myélogramme reste normal.

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE RETROSPECTIF

ET PHYSIOPATHOGENESE

L'évolution de cette gangrène ulcéro-nécrotique, généralisée à tout un membre supérieur, soulève, encore une fois, le problème du diagnostic en allergie.

Retraçant l'historique de l'anaphylaxie, depuis l'expérience princeps de Richet (Ch) et Portier (P), Pasteur Vallery Radot et B.N. Halpern disent : "il était difficile de concevoir que les aliments les plus inoffensifs, tels que le lait, les oeufs, les céréales, la viande, puissent provoquer des troubles parfois impressionnants, chez certains sujets, alors que ces mêmes aliments laissaient les autres sujets indifférents... ; qu'un chien, qu'un chat ou un cheval puissent être responsables de crises d'asthme ; que les oreillers de plumes puissent déterminer des accès dyspnéiques chez certains individus à qui, pendant de nombreuses années, les avaient utilisés sans en ressentir aucune gêne..." : (Revue du Patricien, Allergies- 1er Juillet 1955, Tome V N° 19 p.p. 1937-1947-)

Par ailleurs, "presque toutes les substances avec lesquelles nous entrons au contact, au cours de notre existence, (à l'exception de l'eau, de certains sels minéraux) peuvent devenir allergéniques." : (Pasteur Vallery Radot.)"Les produits sensibilisants sont extrêmement variés : le contact de certaines plantes peut provoquer une dermite. En Amérique, Rhus toxicodendron, un lierre spécial, sensibilise avec une grande facilité. Les dermites des primevères sont assez fréquentes en France. On peut observer des dermites chez les sujets qui ont touché des lilas, des feuilles de tabac, des tiges d'artichaut...

Le cntact de certains bois peut être à l'origine d'une dermite : on a obsèrvé de ces dermites par contact avec l'aulne, le palissandre, le chêne...

("la première observation d'eczéma allergique rapportée par Gougerot et Blamoutier (1922) était dûe au bois de palissandre)..."(Pathologie Médicale, T II. 1960, Flammarion éd.)

Et, lors du IIIe Congrès International d'Allergologie, Septième Symposium (19-26 Octobre 1958, Paris) les représentants des différents pays ont dénoncé les allergènes végétaux les plus fréquemment responsables de manifestions allergiques..."La flore allergénique est très variée : presque toutes les familles de végétaux y sont représentées..."

Aprés avoir rappelé les différentes méthodes de diagnostic biologique en allergie (cuti-réactions-intradermo-réactions, réaction de Prausnitz-Küstner test de Widal...), Wolfromm (R) et Liacopoulos (P) disent : "il n'est dans l'état actuel de nos connaissances, aucune modification humorale permanente, physique, chimique, ou biologique, témoin de l'état allergique..." : seul compte le contexte clinique"... (Revue du praticien, 1er Juillet 1955, Tome V Nº 19 pp 1993-2002)

Aprésent, nous voyons que cette gangrène ulcéro-nécrotique, généralisée à tout un membre supérieur est la complication évolutive d'une dermite allergique (dermite "au rosier")"avec surinfection à staphylocoques" :

1°) Phase "préparante"

Au sens où l'entendaient, en 1902, Richet (Ch) et Portier (P) : étalée sur plusieurs années, c'est une phase de sensibilisation "insensible" au rosier ; les piqûres et les égratignures de "rosier" antérieures sont de petits traumatismes "préparants".

2°) Microtraumatismes "déchaînants"

Les piqûres et égratignures de rosier, survenues le samedi 25 Juin 1960, ont, d'une part, servi de "porte d'entrée aux staphylocoques retrouvés", et, d'autre part, "déchaîné" la réaction, 40 à 50 heures après les microtraumatismes :

-malaises,

-fièvre,

-énorme réaction loco-régionale (érythémato-oedémateuse),

-adénopathie axillaire , puis, évolution sans rémission malgré les soins locaux, malgré le traitement général :

a)ulcération, suppuration : gangrène extensive des téguments ;

b)altération profonde de l'état général : notamment, déshydratation intense, état subcomateux, fièvre à 39°-40°.

"La gravité inhabituelle, le caractère tenace de cette staphylococcie sont liés au terrain allergique (une dermite de sensibilisation) sur lequel elle s'est développée, mettant alors en cause le pronostic vital..."

L'admission d'urgence dans le service survient le 2 Juillet 1960 ; l'hospitalisation va durer presque 3 mois ; elle comprend :

1°) une période initiale de traitement symptomatique et de thérapeutique anti-infectieuse : 3 semaines ; -mauvais résultats thérapeutiques pour ce qui est du membre.

2°) le 2 Août 1960 : surprise d'examen hématologique (éosinophilie sanguine à 22%) : problème diagnostiqué étiologique ; un traitement d'épreuve est décidé ; il est appliqué deux semaines : un bilan complet est effectué le 17 Août 1960 ; il est satisfaisant.

"Une trêve médicamenteuse" est alors décidée jusqu'au 24 septembre 1960, date de sortie du service : Monsieur X. est pratiquement guéri. Il est revu en Décembre 1960 et en Juin 1961.

Ainsi, depuis la découverte de Richet (Ch) et Portier (P), du choc anaphylactique, après les innombrables travaux suscités par les "manifestations" anaphylactoïdes en clinique humaine (Arthus (M), Théobald Smith, Widal et son école...) et les recherches qui sont en cours, nous connaissons mieux les mécanismes physio-pathologiques qui déterminent les manifestations allergiques : il y a conflit antigène-anticorps ; de ce conflit, il résulte une libération de substances histaminiques, génératrices des perturbations observées.

"Peut-être, dans le même cadre nosographique, prendront alors place, par le lien de l'allergie, " des manifestations cliniques aussi diverses qu'-asthme bronchique (Widal), rhume des foins, urticaires, migraines (Pagniez-Pasteur Vallery Radot et Nast (1919)" épanchements pleuraux"(Turiaf. J.), maladie de Küssmaul-Maïer... néphropathies glomérulaires (Masugi, Hamburger J.)."

Aussi est-il indispensable, pour le diagnostic"de maladie allergique" de confronter les tests biologiques et la clinique :"

(Pasteur Vallery Radot, Wolfromm (R))

CONSIDERATIONS MEDICO-SOCIALES

Selon Ratner, l'état d'allergie concerne 7 à 10 % de la population générale ; selon Horneck, 21 %. Lors du IIIème Congrès international d'Allergologie, qui s'est tenu à Paris du 19 au 26 Octobre 1958, l'accent fut mis sur les répercussions sociales des maladies allergiques.

'La pneumopathie du coton avec "la fièvre du lundi" (Marchand M.) est connue. Piedelièvre (R.) et Derobert (G.) ont étudié l'action du poivre (piper nigrum) sur le poumon, lors d'inhalation : cette action est surtout marquée par l'inondation leucocytaire, non seulement des alvéoles, mais encore de tout l'arbre respiratoire :
(Annales de Médecine légale, 1942, 22, pp. 82-92).

"On peut rencontrer des manifestations allergiques chez les ouvriers agricoles, les bûcherons et, en un mot, chez tous ceux qui sont en contact avec les végétaux : aussi bien, dans l'industrie du papier à cigarette fabriqué à partir de la filasse du lin ; dans l'industrie des panneaux isolants à partir des roseaux séchés ; dans l'industrie des tourteaux, des engrais utilisant des résidus tels que la bagasse après l'extraction de la canne à sucre, le ricin après l'extraction de l'huile... (Marchand M.).

Desoille (H.) dit, à propos du "principe de la liste... : "l'essence de térébenthine, la quinine, les bois exotiques et bien d'autres substances provoquent des lésions professionnelles, admises par tous. Pourquoi ne figurent-ils pas sur la liste ? Desoille (H.) conclut en ces termes : "... Il paraît souhaitable de s'orienter vers une procédure d'indemnisation individuelle, basée sur des faits précis et de mécanismes dûment démontrés ; à condition de prouver que le processus intervenant

dans le travail, joue un rôle dans l'apparition de la "dermite" à la fois par :

1 - l'enquête,

2 - l'évolution,

3 - les tests épicutanés :

(H.) Desoille, "Symposium sur les dermatoses professionnelles, 1955".

CONCLUSIONS

De l'évolution de cette gangrène ulcéro-nécrotique généralisée à tout un membre supérieur, il ressort que :

1 - Monsieur X a présenté une staphylococcie cutanée ;

2 - La gravité inhabituelle de cette staphylococcie est liée au terrain particulier : "état d'allergie au rosier" ; les égratignures du 25 Juin 1960 ont servi à la fois de porte d'entrée aux germes et de "traumatismes déchaînants", au sens où l'entendaient en 1902, Richet (Ch.) et Portier (P.) ;

3 - Il n'est dans l'état actuel de nos connaissances, aucune modification humorale permanente, physique, chimique, ou biologique, témoin de l'état allergique : l'enquête clinique, l'examen complet du malade sont indispensables "pour écarter une cause autre que l'allergie", pour orienter l'exploration biologique, pour prouver le caractère pathogène d'un allergène : "seul compte le contexte clinique".

4 - L'insuffisance du traitement anti-infectieux isolé : il est indispensable d'y associer un traitement efficace du terrain allergique ; l'effet de ce traitement sera suivi sur :

a - l'état général,

b - l'état du membre,

c - l'évolution des résultats des examens para-cliniques.

Le pronostic dépend de l'association précoce de ces traitements. Mais, pour prévenir des accidents ultérieurs, "il faudra toujours essayer de déceler l'allergène, car le traitement le plus efficace consiste à supprimer cet allergène de l'entourage du patient" (Pasteur-Vallery Radot et B.N. Halpern).

Vu, le Président de Thèse :

Professeur A. DOMART

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur L. BINET

Vu, et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

STAPHYLOCOQUES - SEPTICEMIES :

- Notions actuelles sur les septicémies à staphylocoques et leur traitement.
  "La Revue du praticien", 4, 21 - 1945 - 1954 par Pestel (M.)

- Armes actuelles contre le staphylocoque ; "Vie-Médicale", Numéro spécial, Mai 1955, p. 93, par Lissac J.

- Staphylococcies chirurgicales : "Revue du praticien "3-22-1531-1579. 1er Septembre 1953 ; par MM. Laurence G., Pères C., Michaux (B.), Thieffry (S.), Dufourmentel (C.), Cibert J., Durant L., Mathey J., Binet J.P., Vermeil G., Masse P.

- Comment peut-on envisager la lutte contre le staphylocoque avec l'antibiothérapie actuelle ? "Revue du praticien "21 Avril 1957, page 1303 par R. Martin et B. Sureau,

- Enquêtes sur les septicémies : "Vie Médicale" 37-6-741-782, Juin 1956 par Tournier P., Bastin R. et Lissac J., Raybaud A. Chalbert Y., Sédaillan P. et Garrin J.P.

- Indications tirées des examens bactériologiques dans les septicémies (C. T.H.)
  "Presse Médicale" 64-77-1779, 1956 par Martin R., Hamburger J., Morin M., Laporte A., Bastin R.

- Les antibiotiques dans les états septicémiques (C.T.H.)
  "Presse Médicale" 64-75-1715, 1956 par Morin M., Bastin R., Martin R. Laporte A., Siguier F.

- Infections et blessures de la main : "Revue du praticien" N° 12, 21 Avril 1957.

- Maladies infectieuses : "Revue du praticien" : n° 30 - 21 Novembre 1958, N° 12, 21 Avril 1957.

- Septicémies à anaérobies : "Revue du praticien" n° 7 - 1er Mars 1959.

- Septicémies à staphylocoques : Bariéty (M.) et Brocard H. - "Les septicémies à staphylocoques", 1 volume, 252 pages, Paris 19[illegible], Baillière - éditeurs.

- Giroire (H.) : "Contribution à l'étude clinique et anatomo-pathologique des septicémies staphylococciques malignes (Thèse, 124 p. Paris 1926).

- Ménégaux (G.) : "Pathologie chirurgicale", Tome 1 ; page 149. Deuxième édition 1957, Paris Masson et Cie éditeurs.

VITESSE DE SEDIMENTATION GLOBULAIRE :

- L'interprétation de la vitesse de sédimentation globulaire "Vie Médicale" 35 - 197. Février 1954 par Dugas M.

- La vitesse de sédimentation globulaire : description technique des mesures-variations - valeur : "Revue du praticien" 4-25-2329 (1954) par Lacorne J. et Distel B.

EOSINOPHILIE :

- L'éosinophilie sanguine : "Revue du praticien", 6, 15, 1628 (1956) par Bousser J.

- L'éosinophilie sanguine gastrogène : "Presse Médicale" 64 - 82 - 1885 (1956) par Lacassie F.

- Variations de l'éosinophilie sanguine : "Presse Médicale" 12 Déc. 1959, p. 2173 par J. Virenque - J. Gaubert.

- Les caractères différentiels des hyper-éosinophilies en fonction de leur étiologie : "Presse Médicale" 63 - 44 - 917 (1955) par Deschiens R. et Poirier M.

- Eosinophilie "tropicale" : "Presse Médicale" 62 - 43 - 913 (1954) "Un cas d'éosinophilie dite "tropicale", chez un enfant, par Hadengue A. et Collaborateurs.

- Les épanchements pleuraux à cellules éosinophiles au cours de l'asthme : "Semaine des Hôpitaux " 31 - 76 - 4117 (1955) par Turiaf J. et Collaborateurs.

- L'intérêt respectif des différents examens complémentaires dans l'asthme : "Presse Médicale" 63 - 41 - 863 (1955) par Laplanche C.

- Les éosinophilies : "Revue du praticien" N° 20 - Avril 1957.

- Hématologie : "Revue du praticien N° 14 - 11 Mai 1959.

- Les thromboses veineuses : "Revue du praticien" n° 11 - 11 Avril 1.50

- Embolies artérielles des membres : "Revue du praticien N° 29 - 11 Novembre 1959

- Immunopathologie : "Revue du praticien N° 14 - 11 Mai 1960.

DERMATOLOGIE :

- Dermato-vénéréologie : "Revue du praticien" N° 5 - 11 Février 1955.

- Dermatologie : "Revue du praticien "N° 9 - 21 Mars 1957.

ALLERGOLOGIE :

- Précis des maladies allergiques : Pasteur Vallery Radot ; édition Flammarion - Paris 1949.

- Anaphylaxie expérimentale et humaine : Pasteur-Vallery Radot, G. Mauric et Mme. Holtzer (Masson et Cie éditeurs 1957).

- Pathologie médicale : Pasteur-Vallery Radot - J. Hamburger, M. Comte, F. Lhermitte, A., Ryckewaert. Flammarion 1960 - 4ème édition.

- De l'anaphylaxie à l'immunité : par Arthus - 1 volume, 147 pages - 1917, Masson éd.

- Sur le pouvoir protecteur anti-histaminique de certains sérums humains : "Presse Médicale" n° 3 (1959) 17 Janvier 1959, page 89 par Benda R. (Paris).

- Allergie : "semaine des Hôpitaux" - 30 - 25 - 1537 - 1570 (1954) sous la direction de Pasteur Vallery Radot.

- Pollinose de J. Charpin, J. Aubert et H. Charpin (l'Expansion Editeur, 15 rue St-Benoît - Paris).

- Allergie : "Revue du praticien" 5-19 (1957) 2002 (1er Juillet 1955) par Pasteur-Vallery Radot, B.N. Halpern, Turiaf J.R., D'Eshougues J., Mincioni P., Fritel D., Antoine B., Ducrot H., Wolfromm R. et Liacopoulos.

- Allergie : "Semaine des Hôpitaux" 31 - 33 - 1895 - 1925 - (1955) sous la direction de Pasteur-Vallery Radot.

- Allergie et diencéphale : "Semaine des Hôpitaux" 31 - 26 - 1480 (1955) par Jacquelin A. et Collaborateurs.

- Les oedèmes allergiques : "Vie médicale" 35 - 357 (Avril 1954) par B.N. Halpern.

- L'allergie digestive : "Revue du praticien" 5 - 11 - 1075 (1955) par Gaehlinger H.

- L'allergie oculaire : "Presse médicale" 63 - 48 - 1008 (1955) par Guillaumat L.

- L'allergie respiratoire : "Revue du praticien" 5 - 19 - 1949 (1955): "Aspects cliniques et traitement de l'allergie respiratoire" par J. Turiaf.

- Bronchites circonscrites d'origine allergique : "Semaine des Hôpitaux" 29 - 18 - 941 (1953) par Garaix J.P. et Collaborateurs.

- Diagnostic et traitement spécifique des rhinites allergiques printanières : "Concours médical "75 - 17 - 1541 (1953) par Tabart J. et Carron M.

- Enquête sur l'asthme : "Vie médicale" 35 - 835 - 856 (Sept. 1954) par M.M. Pasteur Vallery Radot, B.N. Halpern, Dubois de Montreynaud J.M., Turiaf J., Rose J., Brunet-Langot D., Blamoutier P., Claude F., Noufflard H.

- Diagnostic et traitement de l'allergie naso-sinusienne : (Th 84) "Semaine des Hôpitaux" numéro hors série (Avril 1957)

- Asthme - conceptions pathogéniques actuelles : "Gazette des Hôpitaux- 132ème année, N° 7, (1er Mars 1960) pages 265-270 par P. Guilleman.

- Appendicite allergique : "Annales de Chirurgie" 1 volume 12 n° 5-6 Mars 1958, p.C. 348.

- Sur l'association de l'asthme et de l'ulcère gastro-duodénal : "Semaine des Hôpitaux" 30 - 12 - 696 (1954) par Jacquelin A. et Collaborateurs.

- Rapports présentés au IIIème Congrès International d'Allergologie : Edités par B.N. Halpern et A. Holtzer. 4ème trimestre 1958. Flammarion éditeurs

DERMATOSES ALLERGIQUES ET MALADIES PROFESSIONNELLES :

- A propos de quelques communications concernant le problème des dermatoses allergiques "Gazette des Hôpitaux" : 20 Mars 1959 - 131 n° 8, 281, 282 par Plamat (P.)

- Les conceptions psycho-somatiques dans la dermite allergique (une critique :) "Archives de Dermatologie" Juin 1959, n° 6, 692-699 par Rostenberg.

- Incidences médico-sociales des dermatoses allergiques : "Evolution médicale" Juillet - Août - Septembre 1959, N° 3, 403 - 414 par Marchand M.

- Recherche d'une conception générale de l'allergie et de ses applications à la dermatologie : "Bulletin de la société Française de Dermatologie" Janvier - Mars 1958, 68, N° 1 79-88, par Castelain (P.Y.) et Privat(T.)

- Essai d'une gamma-globuline humaine à haut pouvoir histamino-protecteur dans certaines dermatoses allergiques, prurigo, asthme en particulier : "Bulletin de la société Fse de Dermatologie" Novembre-Décembre 1959, 69 - N° 5655 - 5661 par Castelain (P.Y.)

- Un cas d'agammaglobulinémie avec bronchectasie et eczéma allergiques ("Bulletin mensuel de la Sté Médicale des Hopitaux de Paris". 1-8 Avril 1960 - 76 - N° 13, 14, 513-518 (Biblio).

- L'Allergie microbienne en dermatologie : "Concours médical" 12 Sept. 1959, 81, n° 37 3819 par Henocq (E.)

- L'huile de Laurier en tant que cause non exceptionnelle d'eczéma allergique de contact : "Munchen Med. Wahenschrift" - 1er Avril 1960 - N° 14 - 680 - 682 (Biblio) par Bandmann (H.J.) et Dohn (W.)

- Un cas de sensibilisation aux parfums avec réactions cutanée et générale "Bulletin de la Sté Fse de dermatologie" Juin - Juillet 1957 n° 3, 323 par Chatard H.

- Etude anatomo-pathologique des dermatoses allergiques : "Bulletin de la Sté Fse. de dermatologie" - 1950 - 57 - N° 1 - 32 - 63 (Biblio) par Duperrat B.

- Eczéma de contact et anticorps. Problème actuel de dermatologie : "Supp. dermatologica" 1959 - N° 1, 189 - 215.

- Corticoïdes et allergies cutanées : "Arch. Hosp." déc. 1959, 31, N° 12 (228 - 293 par Jansion H., Bénard P.

- Eczéma des ménagères : "Semaine médicale" - Suppl. Semaine des Hôpitaux de Paris) 14 Décembre 1959 - 35, N° 102-103, 1123-1125 par Wilhelm (E.)

1ère partie : "Revue du Praticien" N = 1 : 11 Avril 1958
2ème partie : "Revue du praticien" n° 14 : 11 Mai 1958

- Dermatoses professionnelles : "Revue du praticien N° 25, 1er Octobre 1959 ; "Vie Médicale" - N° hors série (médecine et thérapeutique) édition 1955 - p. 137 par Lépine J.

- Les tests et leur valeur dans les eczémas professionnels : "Revue du praticien" octobre 1959 - 9 - n° 25 2.693.2700 par Meyer et Schmid (J.J.).

- La méthode des tests épicutanés appliquée à l'étude des réactions d'intolérance cutanée d'origine professionnelle : "Archives des maladies professionnelles" 1954 - 15, n° 5, 351-356 par Charpy (J.) Castelain (P.Y.) et Gérard (H.)

THERAPEUTIQUE

- La désensibilisation par injection d'extraits de pollens : "Presse Médicale" 61 - 5 - 81 (1953) par Blamoutier.

- Traitement des états allergiques : "Vie Médicale" : N° spécial, Mai 1955, p. 103 par Fritel D.

- Diagnostic et traitement spécifique des rhinites allergiques printanières : "Concours Médical" 75-17-1951 (1953) par Tabart J. et Carron (M.)

- Le traitement de l'asthme par la corticothérapie : "Presse Médicale" 63 - 50 - 1043 (1955) par Pasteur-Valléry Radot et Collaborateurs.

- La delta 1 déhydrocortisone dans le traitement de l'asthme : "Revue du Praticien" 5 - 33 - 259 (1955) par Turiaf J. et Collaborateurs.

- Mode d'action de la cortisone dans la maladie asthmatique : "Semaine des Hôpitaux" (Thérapeutique) N° hors série - Avril 1957 (TH. 115).

- Action de la cortisone sur l'hypersensibilité cholinergique pulmonaire de l'asthmatique : "Semaine des Hôpitaux" N° hors-série Avril 1957 par Tiffeneau B. et Dunoyer P.

- Traitement actuel des maladies allergiques : "Ouest-Médical" Paris 9 - 18 - 1956 pp. 553 - 558 par Halpern B.N.

- La delta-cortisone (prednisone) dans le traitement des maladies allergiques chez l'enfant (Th. 176) : "Semaine des Hôpitaux "Numéro 2, Février 1957.

- La méticortène (prednisone) et la méticortélone (prednisolone) dans le traitement des maladies allergiques : Thérapeutique (TH. 177) "Semaine des Hôpitaux", n° 2, Février 1957.

- Inflammation et thérapeutique anti-inflammatoire : "Vie Médicale" N° spécial (39). 1er Juin 1958 - page 15 - par J. Delarue et J. Mignot.

- L'activité anti-inflammatoire de l'acétate de Fluorohydrocortisone (Th. 115). "La Semaine des Hôpitaux" Numéro Hors-série - Avril 1957.

- Traitement d'attaque de l'asthme (TH. 150) : "La semaine des Hôpitaux "Numéro 2. Février 1957 par Wolfromm R. et Liacopoulos P.

- Les anti-histaminiques de synthèse :
"Vie Médicale" 34-819 - Septembre 1953 par Lagrue G.

LES GREFFES :

- Les greffes : "La revue du praticien" 4 - 33 - 3097 - 3151 - (21 Décembre 1954) par MM. Maurer (P.) - Voisin (G.) - Sicard (A.) - Mouly (R.) - Dubost (C.H.) - Binet (J.P.) Largot (F.) - Antoine (G.) Iselin M. - Offret (G.) - Hussenstein (J.)

- Chirurgie plastique et réparatrice : "Vie médicale" N° hors-série, 1958, page 206 par Chabrol (Paris).

AGEMP
POLYCOPIE
8, rue Dante
PARIS-V°
Téléphone : ODÉon 58-91